REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

A. Rollier. ***Résultats éloignés de l'héliothérapie*** (*Paris Médical*, t. XXIV, n° 26, 30 Juin 1934). — Les résultats obtenus avec l'héliothérapie dans les tuberculoses externes semblent se maintenir longtemps. Par des documents photographiques, R. montre l'état actuel de malades traités par l'héliothérapie en 1911 et 1913 pour mal de Pott dorsal ou dorso-lombaire, coxalgie, tumeur blanche du genou, tuberculose fistuleuse du pied, du coude, des os de la face, etc...

En règle générale, la guérison obtenue il y a 20 ans s'est confirmée, les lésions osseuses sont restées cicatrisées, les fonctions articulaires sont conservées et même amplifiées. Un certain nombre gagnant leur vie, jouant normalement leur rôle dans la société, sont une preuve vivante de la valeur sociale de l'héliothérapie. Ces résultats ne sont obtenus que si à la cure solaire générale est associée une orthopédie rationnelle. Les appareils sont établis de façon à permettre l'insolation de la surface entière des téguments. Ils permettent également une réfection du système musculaire qui a tant d'importance en matière de tuberculose chirurgicale en aidant à la récupération du mouvement fonctionnel. Ainsi comprise, l'héliothérapie conduit à des réparations souvent si complètes qu'on peut les qualifier de retour à l'intégrité.

Robert Clément.

P. Mauriac et **M. Traissac.** ***L'instabilité de la glycémie au cours de la cure par l'insuline chez certains enfants diabétiques*** (*Paris Médical*, t. XXIV, n° 27, 7 Juillet 1934). — Chez deux enfants de 3 à 7 ans, il existe une glycosurie de quelques grammes avec pour le premier, 18 unités d'insuline et 150 gr. d'hydrates de carbone et pour l'autre, 20 unités et 120 gr. d'hydrates de carbone. Chez tous deux, la plus minime augmentation d'insuline, la plus légère diminution des hydrates de carbone déclenchent des accidents hypoglycémiques. Si, inversement, on diminue l'insuline, la glycosurie augmente ainsi que la polyurie, la soif et l'asthénie.

Chez ces enfants, la marge de l'équilibre glycémique que l'on peut réaliser par l'association de l'insuline et du régime est très étroite. Le traitement est donc particulièrement délicat, car le régime et la dose quotidienne doivent être surveillés de très près si l'on ne veut pas voir survenir des accidents d'hypoglycémie. Il eût été intéressant de connaître le taux de la glycémie de ces enfants.

Ce syndrome n'existerait que dans le diabète infantile et ce trouble de régulation mettrait en évidence l'origine complexe neuro-endocrino-sympathique de ces diabètes infantiles.

Robert Clément.

G. Mouriquand. ***Sur le lymphatisme dystrophique de l'enfance et de la puberté*** (*Paris Médical*, t. XXIV, n° 27, 7 Juillet 1934). — Au cours de la seconde enfance et de la puberté, on peut observer le lymphatisme dystrophique pur ou semi-pur, caractérisé par l'aspect pâle et bouffi des téguments, la diminution de l'activité physique et psychique. Le métabolisme basal est souvent abaissé, cependant les glandes endocrines ne traduisent pas cliniquement leur souffrance.

Ce syndrome n'a peut-être pas une autonomie très stricte et il est souvent difficile de le séparer des états paralymphatiques, surtout des états paralymphatiques endocriniens, thyroïdiens ou hypophyso-tubériens.

Chez l'enfant, il existe un véritable lymphatisme physiologique qui tend à s'atténuer et à disparaître avec l'âge si aucune cause pathogène ne gêne cette évolution naturelle. Les facteurs qui maintiennent, exagèrent et dévient ce lymphatisme physiologique peuvent être des causes prénatales: facteurs héréditaires, tels que l'arthritisme, le lymphatisme familial ou le lymphatisme ethnique; facteurs congénitaux, tels que la syphilis, la tuberculose ou les autres infections. Parmi les causes qui agissent après la naissance on peut trouver un facteur infectieux, mais surtout un facteur alimentaire.

Le traitement s'attaquera aux affections congénitales et après la naissance on évitera tout déséquilibre ou carences alimentaires, la carence solaire. Les hydrates de carbone, les sucres, pour lesquels certains lymphatiques ont une tolérance exagérée, paraissent les aliments les plus capables de « souffler » et de « surhydrater » le tissu de l'enfant. L'opothérapie thyroïdienne et hypophysaire, la vie au grand air, la médication iodée, le séjour au bord de la mer, l'hydrothérapie, l'entraînement musculaire trouvent aussi leurs indications dans le lymphatisme dystrophique.

Robert Clément.

P. Schmite et **S. de Sèze.** ***Complications nerveuses du rhumatisme vertébral*** (*Paris Médical*, t. XXIV, n° 37, 15 Septembre 1934). — Le rhumatisme vertébral se complique parfois de manifestations nerveuses qui peuvent prendre des aspects variés. Elles sont fréquemment la cause d'erreur de diagnostic, il importe donc de les bien connaître.

Les manifestations radiculaires sont les plus fréquentes. Toutes les racines peuvent être touchées. Les localisations lombo-sacrées du rhumatisme s'accompagnent surtout de sciatique, plus rarement de radiculite atteignant le crural, le sciatique poplité externe et le fémoro-cutané. Parfois, l'abolition bilatérale des réflexes donne l'aspect du pseudo-tabes rhizomélique, plus rarement peut exister une véritable paraplégie à lésions bilatérales et très étendues.

Le rhumatisme cervical s'accompagne de manifestations douloureuses au niveau du plexus brachial ou d'amyotrophies se présentant comme une paralysie radiculaire du plexus brachial à type supérieur ou inférieur.

Les manifestations médullaires sont moins fréquentes et moins connues. 2 observations montrent comme ces accidents peuvent simuler les tumeurs médullaires.

Il semble qu'il existe un rapport entre les arthrites cervicales et le torticolis spasmodique, mais la filiation des phénomènes est encore à discuter.

Pour bien identifier les complications nerveuses radiculaires et médullaires du rhumatisme vertébral, il faut bien connaître les aspects radiologiques de celui-ci pour le différencier de certaines malformations du rachis, des spondylites infectieuses, des tumeurs des vertèbres et des lésions du disque vertébral.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Jean Troisier et **M. Bariéty** (avec la collaboration de **T. de Sanctis Monaldi** et **P. Nico**). ***La primo-infection tuberculeuse de l'adulte*** (Premier mémoire). [*Annales de Médecine*, t. XXXVI, n° 1, Juin 1934]. — T. et B. relatent en détail 4 observations personnelles récemment recueillies, chez des adultes jeunes, dont 3 étaient depuis peu à Paris. Après un premier épisode fébrile suivi de rémission, un second épisode revêtit l'aspect d'une typhobacillose bénigne avec fièvre, érythème noueux. La radiologie montra l'apparition des images classiques du complexe primaire ganglio-pulmonaire de l'enfant, qui disparurent au bout d'un temps plus ou moins long. Les réactions cutanées à la tuberculine furent fortement positives. La réaction de Vernes à la résorcine, la sédimentation globulaire, la courbe de poids évoluèrent dans un sens aussi favorable que la courbe thermique. Une des malades se singularisa par le résultat positif de l'hémoculture pratiquée suivant la technique de Lœwenstein et la réponse négative ou discrète des réactions cutanées à la tuberculine.

Ces faits établissent la réalité de la notion de primo-infection tuberculeuse de l'adulte; ils objectivent les formes cliniques de cette primo-infection et notamment la forme de typho-bacillose bénigne avec érythème noueux; ils doivent entraîner des conséquences sociales et prophylactiques.

L. Rivet.

R. Goiffon, R. Parent et **J. Waitz.** ***L'épreuve de dyspnée provoquée en espace clos. Etude physio-pathologique*** (2e mémoire) [*Annales de Médecine*, t. XXXVI, n° 1, Juin 1934]. — L'épreuve consiste à faire respirer un sujet en espace clos et à l'obliger à développer la ventilation la plus ample dont il est capable, sous l'action de la volonté. G., P. et W. ont montré que cette ventilation maxima est déclenchée par un mécanisme analogue à celle que provoque un exercice musculaire intense. Ils exposent les résultats et enseignements que leur a fournis la méthode: caractères généraux des graphiques; comparaison entre la capacité vitale réflexe et la capacité vitale volontaire; fréquence, régularité des mouvements; courbes de l'oxygène et du CO^2 en fonction du temps. L'étude de la durée des graphiques amène à des considérations curieuses sur l'existence et la valeur de l'angoisse dyspnéique.

L'épreuve montre que beaucoup d'individus, adaptés à une vie physique ralentie, respirent normalement, tant qu'ils n'ont pas à fournir un effort exceptionnel pour eux. Mais, s'ils dépassent les exercices accoutumés, ils se trouvent en état de carence respiratoire, avec les troubles du métabolisme qui s'ensuivent, sans en être avertis par la dyspnée, et sans augmenter leur ventilation. Il en est de même pour le cœur dont les défaillances sont plus accessibles à l'observation.

On constate habituellement une accélération légère du pouls à la fin de l'épreuve.

Etudiant les causes de la diminution de la capacité vitale réflexe, G., P. et W. précisent le rôle de l'alcalose. Ils montrent le rôle de l'entraînement. On peut individualiser divers types de graphiques

pathologiques. Ils terminent en étudiant la rééducation du réflexe respiratoire, pour laquelle ils préconisent un dispositif spécial, qui leur a donné des résultats particulièrement intéressants.

L. Rivet.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

H. Baonville, J. Ley et J. Titeca. ***Un cas de tétanie post-opératoire avec troubles mentaux graves*** (*Annales Médico-psychologiques*, t. XCII, n° 1, Juin 1934). — Observation d'une malade de 40 ans, qui présente un syndrome à la fois hyperthyroïdien et hyperparathyroïdien, traité par la thyroïdectomie subtotale.

A la suite de cette opération apparaissent des crampes tétaniques, accompagnées d'agitation confusionnelle. La malade fait deux tentatives de suicide. Les crises se caractérisent par des convulsions cloniques prolongées et généralisées. Dans l'intervalle persistent des signes d'hyper-excitabilité musculaire, mais la malade reste calme. Guérison par traitement calcique, vitaminé et parathyroïdien.

Les modifications de l'acidité et du taux des électrolytes des humeurs, en rapport avec l'insuffisance parathyroïdienne, rendent compte à la fois des troubles nerveux et psychiques de cette malade.

G. d'Heucqueville.

ANNALES DE DERMATOLOGIE (Paris)

Cedercreutz. ***L'ulcère chronique de la verge dans la maladie de Nicolas et Favre*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. V, n° 6, Juin 1934). — Le virus lymphogranulomateux se propage de la lésion initiale par les voies lymphatiques et en général on ne peut en suivre la marche que lorsqu'il a atteint les ganglions inguinaux. Parfois un foyer visible peut se montrer dans les voies lymphatiques d'une façon précoce; il se localise alors en arrière du gland ou sur la face interne du prépuce et provoque ultérieurement une ulcération à marche chronique.

Ce *chancre en noisette* a été considéré par certains auteurs comme la lésion initiale du lymphogranulome inguinal. C. estime plutôt qu'il s'agit d'une suppuration chronique d'une voie lymphatique. Il en rapporte 2 observations.

Une tuméfaction analogue à la lymphangite dorsale de la verge du chancre mou peut s'observer exceptionnellement dans la poradénite; cette lymphangite peut passer du dos de la verge vers le raphé; il se forme alors une infiltration qui donne naissance à une ulcération à marche chronique analogue à l'ulcération chronique de la vulve (esthiomène) et à laquelle peuvent s'adjoindre des rétrécissements de l'anus et du rectum. C. rapporte 2 cas de ce genre.

R. Burnier.

Gadrat. ***La séro-réaction blennorragique dans le liquide céphalo-rachidien*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. V, n° 6, Juin 1934). — G. a fait porter ses observations sur 115 cas de blennorragie: 51 blennorragies aiguës, 9 anciennes et 54 témoins passant pour indemnes de blennorragie.

G. a constaté que la séro-réaction blennorragique peut devenir positive dans le liquide céphalo-rachidien dans 60 pour 100 de blennorragies habituellement compliquées. Elle persiste longtemps dans le liquide céphalo-rachidien de certains malades, plus longtemps que dans le sang; elle survit à la guérison clinique et bactériologique. Cette modification sérologique liquidienne existe sans autre altération cytologique ou chimique de liquide.

La séro-réaction blennorragique liquidienne est indépendante de la réaction de Wassermann; quand les 2 réactions se montrent en même temps, on peut conclure à la coexistence de la syphilis et de la blennorragie.

Cette séro-réaction blennorragique permet de dépister un certain nombre de blennorragies latentes; chez les témoins vrais, elle donne une proportion de 16 pour 100 de réactions paradoxales encore inexpliquées. Elle paraît susceptible de rendre des services intéressants dans le diagnostic des méningites méningococciques.

G. estime qu'une séro-réaction gonococcique positive dans le liquide céphalo-rachidien donne 3 chances contre une d'avoir affaire à une blennorragie.

R. Burnier.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

F. Meersseman, H. Coumel, R. Marot et J. Bergondi. ***Les cortico-pleurites tuberculeuses (à propos de 11 observations personnelles)*** [*Revue de la tuberculose*, 4e série, t. II, n° 6, Juin 1934]. — M., C., M. et B., relatent 11 observations recueillies en deux ans à l'hôpital Desgenettes. Elles confirment les descriptions de F. Bezançon et I. de Jong.

M., C., M. et B. pensent que les cortico-pleurites bacillaires sont infiniment plus fréquentes qu'on ne le croit et que nombre d'épisodes pleuro-pulmonaires sans étiologie précise ou qualifiés de saisonniers, de grippaux, sont de nature tuberculeuse. A la faveur d'investigations bactériologiques systématiques et répétées, les cortico-pleurites bacillaires apparaîtraient sans doute comme une affection d'une grande banalité. En dehors de sa valeur pratique, cette notion paraît également intéressante du point de vue de la phtisiologie générale, en ce qu'elle montre la fréquence relative des processus bacillaires résolutifs, en regard des formes communes de la tuberculose pulmonaire.

L. Rivet.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

F. Lickiat. ***Théorie et pratique de la thérapeutique par la glycérine dans la lithiase réno-urétérale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 22, 1er Juin 1934). — La thérapeutique conservatrice des calculs du rein et de l'uretère comporte de nombreuses méthodes:

1° Expectative avec sédatifs et antispasmodiques opiacés.

2° Massage urétéral.

3° Augmentation de l'excrétion urinaire par cure de boissons abondantes.

4° Cathétérismes urétéraux.

5° Utilisation de préparations hypophysaires excitant le péristaltisme des voies d'excrétion.

6° Lavements abondants à garder, pour exercer aussi une action péristaltique et, en outre, augmenter la masse d'eau résorbée par les voies urinaires.

7° Huiles éthérées, soufrées, etc.

Ces divers traitements donnent des résultats très inégaux et inconstants.

L'ingestion de glycérine avait été recommandée en 1892 par Herrmann, puis était tombée dans l'oubli.

On sait qu'elle est éliminée par les urines lorsqu'elle est ingérée à dose suffisante. Or, l'introduction de glycérine dans les voies urinaires exerce une action antispasmodique nette très utile à l'évacuation de petits calculs.

En outre, la glycérine excite le péristaltisme urétéral directement par son action déshydratante sur la muqueuse.

L'absorption de glycérine à dose élevée augmenterait donc la diurèse, mais les doses suffisantes sont rarement atteintes et cette action demeure en réalité négligeable. De même, l'influence sur la densité urinaire et sur la viscosité ne paraît pas confirmée par les expériences de L.; pas plus que son rôle lubrifiant, puisque la solution urinaire dont la concentration maximum atteint à peine 5 pour 100 de glycérine ne possède pas cette propriété.

Enfin, le rôle dissolvant de la glycérine diluée dans les urines n'est pas non plus appréciable.

De telle sorte que l'action favorable de la glycérine paraît en fin de compte attribuable essentiellement à son rôle antispasmodique ou excitant du péristaltisme.

Les doses recommandées par L. sont de 3 fois par jour 50 gr. de glycérine pure, 3 jours de suite. Ces doses n'ont donné lieu à aucun incident, et seule une lésion rénale pourrait constituer une contre-indication.

De nombreux succès thérapeutiques ont été obtenus par cette méthode simple et L. ajoute à la bilbiographie de cette question ses 14 cas favorables.

G. Dreyfus-Sée.

Siedentopf. ***Contribution au problème du traitement chirurgical ou conservateur dans les hémorragies puerpérales*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 22, 1er Juin 1934). — Le traitement des hémorragies puerpérales est souvent d'autant plus difficile à fixer que les notions étiologiques et pathogéniques sont obscures et qu'on doit se garder de pratiquer le toucher intra-utérin qui seul pourrait renseigner sur la présence de débris placentaires, toute intervention intra-utérine pouvant entraîner la nécessité d'un traitement chirurgical actif.

C'est donc souvent, en principe, qu'il faut décider du mode thérapeutique à utiliser.

Le danger d'infection par les manipulations actives s'oppose au risque de l'expectative et à la longue durée du traitement médical nécessitant une immobilisation prolongée à laquelle ne peuvent souvent se soumettre les malades.

L'importance des divers arguments en présence souligne l'intérêt de publier de nombreuses statistiques démonstratives.

Celle de S. comporte 165 cas d'hémorragies observées à Leipzig, de 1924 à 1933 : 110 ont été traitées médicalement, 55 chirurgicalement.

Le succès thérapeutique absolu avec guérison totale a été obtenu 77 fois sur les 110 traitements médicaux, 27 fois sur les 55 traitements chirurgicaux. La fièvre survint 7 fois dans le premier groupe, 13 fois dans le second. Enfin, 6 décès ont été observés, tous dus à des septicémies; 5 d'entre eux succédaient à des interventions intra-utérines.

Les observations de S. confirment donc sa préférence pour le traitement médical, moins brillant, moins rapide, nécessitant une grande patience et des soins assidus et prolongés, mais, en revanche, faisant courir moins de risques à la malade.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

I. Abelin. ***L'origine extrathyroïdienne de combinaisons iodées agissant comme la thyroxine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 26, 30 Juin 1934). — On a longtemps cru d'après A. que la thyroïde était la seule glande contenant de l'iode et qu'elle seule pouvait fabriquer certains produits iodés actifs. En réalité, on trouve de la di-iodothyrosine, qui possède quelques-unes des propriétés

morphogénétiques de la thyroïde, chez divers êtres vivants et, en outre, dans certains protéines artificiellement iodées. De plus, dans ces protéines, on arrive à déceler une fraction qui possède des propriétés absolument identiques à celles de l'hormone thyroïdienne: augmentation de la consommation de O^2, diminution de poids du corps, disparition du glycogène et de la graisse dans le foie et dans les muscles, accélération des pulsations et de la respiration, excitation du système nerveux, exophtalmos, sueur, diarrhée, etc. Cette fraction possède également la propriété de protéger les souris blanches contre l'intoxication par l'acétonitril et de dépigmenter le plumage des poules. Elle n'agit pas en excitant la thyroïde, car ses effets se manifestent chez des rats préalablement thyroïdectomiés et son pouvoir toxique n'est diminué ni par la di-iodothyrosine ni par le régime spécial. A. lui donne le nom de « homothyroxine ».

Les protéines iodées d'où cette homothyroxine est extraite contiennent 10 pour 100 d'iode et sont utilisées en thérapeutique depuis très longtemps sans presque jamais provoquer d'intoxication qui rappelle les effets de la thyroxine. Cette contradiction s'explique par le fait que la désintégration fermentative (intestinale) de ces protéines donne des produits inactifs à l'inverse de ce qui s'observe au cours de la désintégration chimique opérée par A. De plus, une caséine iodée à propriétés morphogénétique sur le têtard devient inactive si on l'iode une seconde fois.

Une particularité qui distingue profondément l'hormone thyroïdienne des autres hormones, c'est qu'on peut l'extraire de la glande par les procédés chimiques les plus divers: glycérine, acides, alcalins sans en modifier les propriétés. Il faut donc admettre que les substances actives pouvant être extraites de la glande doivent, pour devenir actives, être modifiées dans les cellules de l'organisme, opération qui n'est pas immédiate et qui explique le temps de latence constaté avant que les produits thyroïdiens manifestent leurs effets. Cette manière de voir permet de comprendre que les substances thyroïdiennes n'agissent pas sur le tissu survivant.

P.-E. Morhardt.

Franz Buschke. ***Recherches radiographiques sur le squelette de trijumeaux univitellins. Remarques sur la genèse de la polyembryonie chez l'homme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 26, 30 Juin 1934). — B. donne quelques renseignements surtout d'ordre radiographique sur la ressemblance qui existe entre 3 fillettes jumelles univitellines déjà décrites à divers points de vue notamment par Fanconi. L'accouchement de ces jumelles s'est fait en dehors de la présence d'un médecin et une poche des eaux s'est certainement rompue avant la naissance de chacune d'elles. Néanmoins, leur ressemblance est très complète. La maturation des os de la main et du pied est identique et se produit comme des radiographies successives l'ont montré d'une façon aussi semblable que possible. Le père de ces jumelles a comme cousins 3 paires de jumeaux bivitellins.

A propos de ces observations, B. expose sa théorie sur le genèse de la gémellité univitelline. Il remarque tout d'abord qu'il faut distinguer la polyovulation de la polyembryonie et que, seul, le diagnostic de la ressemblance, et non la constatation d'un même amnios, permet d'affirmer qu'il y a polyembryonie. De plus, il faut savoir qu'un certain nombre d'observations très caractéristiques notamment celle de B. Zondek montrent que la gémellité univitelline peut être due à un facteur provenant du père. En pareil cas, il y a polyembryonie. D'un autre côté, dans certains cas de trigémellité, on constate l'existence de deux jumeaux univitellins alors que le 3e ne ressemble pas aux deux autres.

Ces divers phénomènes doivent être expliqués par la même hypothèse. C'est ce que fait B. dans un schéma où figurent les diverses divisions de l'ovule. Effectivement, avant d'être fécondé, l'ovule subit une première division de maturation à la suite de laquelle il est expulsé un premier corpuscule polaire. La fécondation par un spermatozoïde se fait ensuite et alors le second corpuscule polaire est éliminé de telle sorte que l'ovule contient le même nombre de chromosomes que le spermatozoïde. Mais ce 2e corpuscule polaire peut être fécondé par un nouveau spermatozoïde. S'il en est ainsi, il apparaît alors un jumeau non univitellin. Par contre, il apparaîtra des jumeaux univitellins si la tendance à la gémellité se fait sentir du fait du spermatozoïde, avant l'expulsion du second corpuscule polaire. Il peut aussi se faire que le second corpuscule polaire se transforme en ovule ayant une tendance à la gémellité. Il apparaît alors des trijumeaux dont deux seulement sont univitellins, etc. Dans ces diverses éventualités, la tendance à la gémellité peut provenir de l'ovule comme du spermatozoïde.

P.-E. Morhardt.

ENDOKRINOLOGIE

(Leipzig)

Fritz Mann. ***Les relations des parathyroïdes et de l'appareil insulaire*** (*Endokrinologie*, t. XIV, n° 3, Juin 1934). — M. donne l'observation d'un homme de 54 ans qui est peintre, mais qui ne semble pas avoir beaucoup utilisé de céruse. Son poids est de 48 kilogr. et sa taille de 164 cm. La thyroïde est légèrement augmentée de volume; le pouls est de 115 par minute; il y a du tremblement des mains et une augmentation du métabolisme de base entre + 70 et + 80 pour 100. Le calcium du sang est diminué (6,9 milligr. pour 100). On essaie une cure d'engraissement par l'insuline qui détermine une perte de connaissance, des contractions tétaniques des mains et des bras, le signe Chvostek et Trousseau positif puis des convulsions épileptiformes et une poussée de délire professionnel. Ultérieurement, les rayons Rœntgen ont montré la décalcification du crâne et des os du bassin ainsi qu'une artériosclérose précoce.

M. fait observer que la coïncidence d'hyperthyroïde et d'accès tétaniques n'est pas rare et amène à se demander quelles relations il y a entre l'appareil insulaire et les parathyroïdes. Il a d'abord été constaté à diverses reprises, après l'insuline, des diminutions modérées du calcium du sang et parfois même de la décalcification des os. D'autre part, l'insuline, quand on l'administre sans sucre, se montre capable d'aggraver une tétanie latente ou d'augmenter l'excitabilité galvanique des muscles.

Quant au rôle des parathyroïdes sur le métabolisme du sucre, il est mal connu. M. a étudié les variations de la rhéobase et de la chronaxie après repas sucré et il n'a été constaté aucune modification. Il en a été de même chez deux étudiantes présentant un état de tétanie postopératoire. Chez un chien partiellement thyroïdectomié et présentant les symptômes complets de la tétanie latente, il a été constaté que l'insuline ou l'adrénaline déclenche des accès alors que le glucose les atténue. L'abaissement du sucre du sang ne semble donc pas essentiel pour faire apparaître des accès. Ceux-ci, après insuline, apparaissent toujours à un moment où la glycémie n'a pas atteint le minimum. Par ailleurs, la facilité avec laquelle l'adrénaline détermine des accès de tétanie amène à penser que c'est en agissant sur le système adrénalinique que l'insuline fait apparaître les accès.

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Bertaccini. ***Une manifestation rupioïde de la peau non encore décrite au cours d'une leucémie chronique*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 24, 16 Juin 1934). — Parmi les manifestations cutanées qu'on a coutume d'observer au cours des leucémies, on peut citer le prurit, des leucémies à forme d'urticaire ou d'érythèmes divers, le prurigo, les érythrodermies, les tumeurs ou infiltrations miliaires ou nodulaires, dont la structure est celle des lymphomes ou lymphadénomes.

Mais on n'avait pas encore décrit de lésions rupioïdes, telles que celles que B a observées chez un malade de 58 ans, atteint de leucémie chronique (83.000 leucocytes par cmc avec 83 pour 100 de lymphocytes, 6 pour 100 de polynucléaires neutrophiles). On constatait sur les 4 membres des croûtes arrondies, brunâtres, en écailles d'huître, grandes comme une pièce d'un pfennig à une pièce de 5 marks. En quelques points existaient des vésicules, grosses comme une lentille ou un pois, contenant un liquide clair ou un peu trouble, entourées d'une auréole rouge. Des croûtes apparaissaient ensuite sur les bulles. Le tableau était donc celui du *rupia*.

Le malade mourut de lésions cardiaques et à l'autopsie on trouva une thrombose de l'artère pulmonaire, un cœur droit hypertrophié, une endocardite végétante de la mitrale et une hypertrophie de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques.

Histologiquement on retrouva le tableau de la leucémie typique dans les ganglions et dans les lésions cutanées rupioïdes.

R. Burnier.

Coutts et **Herrera** (Santiago du Chili). ***Elephantiasis du pénis et du scrotum et ses relations avec la lymphogranulomatose inguinale*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 25, 23 Juin 1934). — Barthels et Biberstein ont montré en 1931 l'identité histologique d'un cas d'éléphantiasis du pénis et scrotum et de la lymphogranulomatose inguinale.

C. et H. ont observé 3 autres cas de ce genre chez des malades de 29, 42 et 49 ans. La réaction de Frei fut positive, ainsi que la lymphoréaction de Coutts. Tous les malades avaient un Wassermann et Kahn négatifs, et la recherche de la filariose fut négative.

Le seul symptôme subjectif de cet éléphantiasis était l'impossibilité du coït.

Une coupe histologique de la peau du pénis et du scrotum montra une prolifération de l'épithélium avec élargissement de la couche de Malpighi et des papilles. Le chorion est infiltré de petites cellules formées de lymphocytes et de plasmocytes; il en est de même du tissu conjonctif. Quelques canaux lymphatiques sont dilatés, avec infiltrat périphérique; dans la lumière de quelques vaisseaux, on trouve des lymphocytes, des mastocytes et des histiocytes.

R. Burnier.

Spiethoff. ***Les rayons mous (rayons limite) dans le lupus vulgaire*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 27, 7 Juillet 1934). — S. a obtenu de bons résultats dans le lupus vulgaire avec les rayons mous qu'il emploie à de fortes doses 4.600 R, 6.900, 9.200 R et plus. L'irradiation se fait sur des surfaces n'ayant pas plus de 3 cm.

Le traitement peut se faire d'une façon ambulatoire, car le repos entre chaque séance est d'environ 1 mois, ce qui est très important au point de vue social. Les malades peuvent continuer à vaquer à leurs occupations pendant le traitement sauf pendant les quelques jours de grosse réaction locale.


SOCIÉTÉ GÉNÉRALE
THÉRAPLIX
APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

12 photographies de malades atteints de lupus, avant et après traitement, permettent de se rendre compte des résultats favorables obtenus par cette méthode.

R. Burnier.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

Axel Westman (Upsala). ***Réaction de l'ovaire sénile dans l'espèce humaine*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An LVIII, n° 19, 12 Mai 1934). — Désireux de se rendre compte de l'action que peut entraîner sur les ovaires d'une femme ayant dépassé la ménopause l'injection de substances gonadotropes, W. expérimenta sur 2 femmes dont l'utérus était le siège d'un adéno-carcinome, histologiquement déterminé après curettage.

Il transfusa à l'une 225 gr., à la seconde 400 gr. de sang pris à une femme enceinte. Il estime avoir injecté par cette méthode 2.000 unités rat dans le premier cas et 4.000 unités rat environ dans le second.

Les 2 malades étaient très anémiées, la seconde surtout; l'examen de sang chez cette dernière donnait 1.470.000 hématies avec 35 pour 100 d'hémoglobine. La transfusion de sang améliora, dans les 2 cas, l'état général et permit de pratiquer une hystérectomie. Les suites opératoires furent normales.

Les ovaires examinés mesuraient 4,5 × 2,5 et 3 × 1 cm. 5.

W. trouva dans les deux ovaires de la première malade, à gauche, un kyste bleuté qui, histologiquement, était un corps jaune avec une membrane lutéinique constituée par des cellules lutéiniques, typiques en certains points.

Dans la couche lutéinique: forte hyperhémie et petites hémorragies.

Chez la seconde malade, W. nota de même l'existence d'un gros follicule avec quelques autres plus petits. Sur certains follicules, même membrane à cellules typiques, avec hyperhémie.

La muqueuse utérine de cette malade n'était pas complètement envahie par le cancer et elle montrait en certains points une forte prolifération glandulaire analogue à celle observée dans l'intervalle des menstruations.

Mais dans le deuxième cas de W., la menstruation n'était arrêtée que depuis 6 mois. Le fait est donc contestable.

Il semble cependant que l'administration du prolan puisse réactiver les ovaires après la ménopause.

On est en droit de penser que si ces faits se confirmaient, on pourrait espérer, par une thérapeutique hormonale, agir sur les troubles de la ménopause.

Desmarest.

F. Spickmann (Kœnigsberg). ***La question de l'anurie et de l'oligurie au cours de l'éclampsie et leurs rapports avec la pression sanguine*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An LVIII, n° 22, 2 Juin 1934). — Zangemeister conclut d'une étude portant sur 56 cas d'éclampsie que l'anurie ou l'oligurie observées avant l'évacuation de l'utérus n'assombrissent pas le pronostic. Observées après l'accouchement, elles sont d'un pronostic plus grave.

C'est cette valeur pronostique de l'oligurie et de l'anurie chez les éclamptiques que S. s'est efforcé de contrôler sur 76 cas d'éclampsie observés à la clinique gynécologique de Kœnigsberg.

23 fois après l'accouchement, S. a observé de l'oligurie; c'est donc un fait assez fréquent. En même temps, S. notait une chute importante de la pression sanguine accompagnant l'oligurie et disparaissant dès que la diurèse augmentait. Cette oligurie est d'ailleurs, en général, de courte durée (6 heures en moyenne) et, dans ces cas, elle n'aggrave pas le pronostic.

Il semble que l'oligurie ne soit pas due seulement à la chute de la pression sanguine mais aussi, comme le pensait Schwarz, à ce que l'utérus s'est vidé de son contenu.

Quand, à l'oligurie succède une anurie, de durée plus ou moins longue, peut-on établir le pronostic sur des données certaines?

Zangemeister pensait que le pronostic était favorable quand l'anurie ne s'accompagnait d'aucune crise d'éclampsie.

S., qui a vu succomber une femme anurique qui n'avait eu aucune autre crise, n'accepte pas l'opinion de Zangemeister. Il accorde une valeur pronostique plus grande à l'existence concomitante d'une anurie et d'une pression sanguine qui s'élève.

Dans ces cas, l'anurie s'annonce comme de longue durée et très grave.

Que faire pour triompher de cette anurie?

Décapsuler le rein reste une opération grave. S. a fait usage dans 3 cas de l'euphyllin, médication à base de purines recommandée il y a déjà 20 ans par Lichtenstein et Reifferscheidt. Il conclut de ses observations que, dans les cas graves, cette médication échoue, que la diurèse qu'elle détermine n'est pas un signe certain de guérison, et que l'emploi de l'euphyllin n'est pas sans danger parce que, stimulant le système nerveux, ce médicament peut provoquer des crises d'éclampsie.

Desmarest.

H. Schwanen (Würzburg). ***Eclampsie et paralysie*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An LVIII, n° 24, 16 Juin 1934). — Si l'on en croit Elis Essen-Möller, les trois quarts des cas mortels, observés au cours de l'éclampsie, ont pour cause une forte hémorragie intracranienne. Toutefois, il est à noter qu'on observe rarement en clinique des symptômes de paralysie, alors qu'au cours des autopsies on constate fréquemment des hémorragies intra-craniennes ou des foyers de ramollissement. Le siège des lésions est le plus souvent dans le territoire de l'artère sylvienne, puis dans la région corticale et au niveau des méninges.

Alors que Villa sur 10.000 accouchements n'a rencontré qu'un cas de « paralysie albuminurique », von Hösslin en a relevé un grand nombre dans la littérature médicale.

S. rapporte 3 cas personnels.

1[er] *cas:* femme enceinte de 7 mois, amenée à l'hôpital dans le coma, fœtus mort; forceps 3 heures après l'entrée, pas de crise d'éclampsie. Peu après la délivrance, hémiplégie gauche, survenue brusquement avec paralysie faciale gauche et troubles de la parole.

Le diagnostic porté est celui d'hémiplégie éclampsique par hémorragie dans le territoire de la capsule interne droite.

3 mois après, la malade, améliorée, est passée dans un service de médecine.

2[e] *cas:* femme de 22 ans, fait, après un accouchement normal, une petite crise d'éclampsie. A son entrée, 1 heure 1/2 après la délivrance, S. constate une forte raideur de la nuque avec paralysie de la VI[e] paire. Kœrnig positif. Pression artérielle 20-12. Pression rachidienne fortement augmentée, liquide céphalorachidien sanguinolent.

Diagnostic: éclampsie avec hémorragie méningée; guérison.

3[e] *cas:* femme de 25 ans, 7[e] mois d'une première grossesse, présente tous les signes d'une grosse néphrite albumineuse. Le traitement n'empêche pas 2 légères crises d'éclampsie. Saignée abondante. Pernocton intra-veineux et intra-musculaire pendant 3 jours. La malade en état de demi-sommeil n'a plus de crises d'éclampsie. 6 jours après son entrée, elle accouche spontanément d'un enfant mort récemment. Le 7[e] jour après l'accouchement, la malade, qui commençait à être un peu agitée et confuse, présente, à gauche, des réflexes exagérés et un Babinski positif.

Quelques jours après, légère paralysie des branches inférieures du facial gauche, paralysie spastique du bras et de la jambe gauches, sensibilité diminuée dans toute la moitié gauche du corps.

Après 3 mois, les phénomènes paralytiques, qui ont régressé, laissent une spasticité de la moitié gauche du corps.

Diagnostic: hémiplégie spasmodique due à une zone de ramollissement dans le territoire de la capsule interne droite.

Il faut noter que, dans les 3 cas de S., les crises éclamptiques sont restées tout à fait à l'arrière-plan. Ces observations sont d'ailleurs identiques à celles que von Hösslin a rassemblées sous le nom de paralysie albuminurique de la grossesse.

L'étude de la statistique d'Hösslin contredit formellement la règle classique que l'éclampsie est d'autant plus grave que le nombre des crises est plus élevé.

C'est l'extension de l'apoplexie qui fixe le sort de la malade et souvent les signes neurologiques sont au début fugaces et frustes et peuvent passer inaperçus. Il faut faire un examen complet du système nerveux, chez toutes les éclamptiques ou pré-éclamptiques, au même titre qu'on mesure leur pression sanguine et qu'on analyse leurs urines. Cet examen est capital si l'on veut faire un diagnostic précis et ne pas rapporter à une embolie cérébrale (comme l'a fait Duyzings) ou à une embolie médicamenteuse (comme Reeb et Metzger) des cas d'hémorragies intra-craniennes et d'hémiplégies par apoplexie éclampsique

Desmarest.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

A. Douthwaite. ***Le traitement de l'obésité*** (*British medical journal*, n° 3824, 21 Avril 1934). — 60 millions de livres sont dépensées annuellement dans les Instituts de beauté à Londres et la majeure partie de cette somme est consacrée à combattre l'obésité.

En plus des raisons esthétiques, les inconvénients de l'obésité : fatigue du myocarde, résistance amoindrie aux infections, stérilité, troubles gastriques sont suffisamment connus pour justifier cette dépense.

C'est devenu un axiome de dire que l'obésité est due à un excès de nourriture ou à une déficience des glandes endocrines. 20 pour 100 des cas relèvent de cette dernière étiologie avec prédominance de la déficience de la thyroïde.

Le traitement de l'obésité, qu'elle soit d'origine endocrinienne ou d'origine alimentaire, est entièrement affaire de régime sauf en ce qui concerne l'obésité des myxœdémateux. Les préparations d'hypophyse données soit par la bouche, soit par injections, sont sans valeur. Le régime doit être calculé suivant la quantité de calories qu'un sujet normal doit absorber. Il doit être équilibré: 0 gr. 6 d'hydrates de carbone pour chaque gramme de protéine.

D. a essayé l'alpha-dinitrophénol chez 10 malades. A la dose de 1 milligr. par kilogramme de poids 3 fois par jour. Chez 3 malades, il remarqua une température de 38°5, accompagnée de tremblement, de tachycardie et d'un profond malaise. Le 3[e] jour, les malades furent colorés en jaune, coloration qui passa en 3 semaines environ. Les autres malades furent traités à la dose de 1 milligr. par kilogramme, une fois par jour seulement. Le poids baissa très lentement de 200 gr. à 450 gr. par semaine.

Dans les cas rebelles d'obésité, quand le régime n'a pas eu d'action, on pourra prescrire l'alpha-

dinitrophénol, sous contrôle médical absolu, car si on laisse aux malades le soin de diriger eux-mêmes leur traitement, ils doubleront ou tripleront la dose avec la même insouciance qu'ils le faisaient avec la médication thyroïdienne. C'est alors qu'il faudra redouter les accidents graves.

André Plichet.

J. Christopherson et **M. Broadbent.** ***L'éphédrine et la pseudo-éphédrine dans l'asthme, la bronchite asthmatiforme et l'énurésie*** (*British medical journal*, n° 3830, 2 Juin 1934). — La pseudo-éphédrine est un stimulant du sympathique bronchique suffisamment actif pour soulager les malades atteints d'asthme et de dyspnée chronique.

C'est un médicament prophylactique de l'asthme nocturne et de la bronchite chronique asthmatiforme, mais il ne peut prendre la place de l'éphédrine et encore moins celle de l'adrénaline dans les crises d'asthme.

La pseudo-éphédrine n'a pas d'action cumulative et elle produit moins d'incidents que l'éphédrine à la même dose ou à la dose plus élevée.

D'une façon générale la pseudo-éphédrine doit être employée à dose double pour obtenir le même effet physiologique que l'éphédrine.

Dans les cas d'énurésie des enfants, la pseudo-éphédrine peut être employée utilement, mais elle n'a pas une action équivalente à celle de l'éphédrine qui pour C. et B. est un médicament presque spécifique de cette maladie. Chez les enfants de 10 à 12 ans ils donnent 3 centigr. au moment du coucher et parfois complètent le traitement par de la teinture de belladone.

André Plichet.

W. Pagel. ***Importance des facteurs locaux sur le début de la tuberculose pulmonaire*** (*British medical journal*, n° 3831, 9 Juin 1934). — Le problème de l'origine d'une récente infiltration tuberculeuse d'un poumon n'est pas encore éclairci. La plupart des auteurs admettent la possibilité d'une réinfection, d'autres parlent plus volontiers d'un réveil d'une lésion ancienne. P. rapporte 2 observations où indiscutablement des phénomènes locaux ont donné un coup de fouet à une tuberculose pulmonaire somnolente.

Dans la première, une carcinomatose généralisée touchant le poumon, la plèvre a favorisé le développement d'une tuberculose pulmonaire du lobe où justement se trouvaient le plus de lésions carcinomateuses. Dans la seconde, où le sujet mourut de méningite tuberculeuse, on découvrit une tuberculose caséeuse de l'épididyme qui était restée latente et des tubercules miliaires dans le poumon droit. Du côté gauche, à cause d'une pleurésie, les tubercules n'avaient pu se développer sur un poumon atélectasié.

André Plichet.

H. Souttar. ***Anévrysme du tronc artériel brachio-céphalique traité par la ligature proximale*** (*British medical journal*, n° 3832, 16 Juin 1934). — S. rapporte l'observation d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique survenu chez une femme de 65 ans, ayant un Wassermann négatif et une pression de 16/10. A l'anesthésie locale, après découverte de l'anévrysme, S. lia successivement l'origine de la sous-clavière, puis celle de la carotide primitive et enfin le tronc brachio-céphalique par une double ligature près de son origine sur la crosse de l'aorte. Par la suite, le malade présenta une aphasie transitoire de 15 jours et une parésie de la face et des membres du côté gauche. Un an après l'opération, l'état de la malade était satisfaisant.

Après avoir passé en revue tous les cas connus de la littérature anglo-saxonne, S. conclut que les risques de cette opération sont justifiés par la gravité de l'affection. Techniquement, cette opération est facile s'il n'y a pas d'adhérences. A part les dangers d'une hémorragie au cours de l'intervention, les deux écueils sont les troubles de la circulation cérébrale et ceux de la circulation brachiale. Ces derniers, en général, ne sont pas graves en raison du large développement de la circulation collatérale. Le danger est surtout au cerveau et il n'y a aucun moyen de l'éviter. L'anesthésie locale est préférable en raison des troubles que peut apporter un anesthésique général à la circulation cérébrale.

André Plichet.

Alan Moncrieff. ***Le lavement salé hypertonique dans les traumatismes intracraniens du nouveau-né*** (*British medical journal*, n° 3832, 16 Juin 1934). — On sait les désastres qu'amènent chez le nouveau-né les hémorragies méningées, les œdèmes cérébraux consécutifs aux traumatismes obstétricaux au cours de l'accouchement : enfant cyanosé à la naissance, enfant étonné, ne criant pas, refusant de téter dans les jours qui suivent, fontanelle bombée, troubles respiratoires.

M. a traité avec succès 70 enfants par des lavements d'eau hypersalée pour diminuer la pression intracranienne.

Sa méthode consiste à introduire lentement dans le rectum 60 à 100 cmc d'eau salée à 10 pour 100 aussitôt que les symptômes ci-dessus apparaissent et à s'efforcer de les faire garder à l'enfant en comprimant les fesses. Une solution plus forte ne peut être gardée, une solution plus faible n'a pas d'effet. Ce lavement doit être injecté toutes les quatre heures ou à plus long intervalle suivant l'effet produit. Les autres traitements ne doivent pas être négligés : nourrir l'enfant à la cuillère s'il ne peut téter, le gaver si c'est nécessaire et pratiquer la respiration artificielle avec carboxygène.

Cette méthode ne peut sauver les enfants qui ont une lésion cérébrale, mais elle peut faire disparaître rapidement les symptômes importants dus à l'œdème ou à la congestion du cerveau.

André Plichet.

R. Holt et **A. Macdonald.** ***Remarques sur le shock expérimental*** (*British medical journal*, n° 3832, 16 Juin 1934). — Jusqu'à ces derniers temps, on pensait que le shock secondaire survenant après un traumatisme était dû à la toxémie traumatique, c'est-à-dire à la libération de certaines substances au niveau des muscles et des tissus traumatisés. Pour certains même, ces substances s'identifiaient à l'histamine dont on connaît l'action dépressive sur la circulation. Reprenant les expériences anciennes de Cannon et Bayliss, H. et M. n'ont pu mettre en évidence aucune substance dépressive dans la circulation des animaux en état de shock. la baisse de pression observée au cours de graves traumatismes expérimentaux étant due à la déperdition de sang et se réparant d'ailleurs très rapidement.

Pour H. et M. le shock primaire s'explique par un trouble du système nerveux. Il y a une inhibition réflexe du cœur et une vaso-dilatation des vaisseaux de tout le corps. En l'absence de grosse blessure du système nerveux ce shock « neurogénique » se répare rapidement.

Le shock secondaire se développe plusieurs heures après le trauma. Les travaux récents des auteurs américains que confirment ceux de H. et M. montrent qu'il est dû à la perte de sang et de plasma au niveau de la surface traumatisée. Il se fait non seulement une perte de sang au niveau des vaisseaux sectionnés, mais encore une perte de plasma au niveau des parois des capillaires, d'où une concentration plus grande du sang circulant et un abaissement de la pression. Les sueurs, les vomissements, le manque de nourriture et de liquides réduisent la quantité de liquides qui sont nécessaires pour ramener la concentration du sang à la normale.

L'amélioration produite par l'acide tannique dans le traitement des brûlures est une illustration de cette théorie. En diminuant l'œdème local et l'exsudation, l'acide tannique empêche plus les pertes de liquide que l'absorption de toxines.

Au point de vue du traitement du shock secondaire, la restauration du volume du sang par de lentes transfusions ou par des solutions salines, le réchauffement du malade sont les principaux moyens que l'on doit mettre en œuvre.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

Montague Maizels et **Jean Smith.** ***La diarrhée infantile. Ses rapports avec la déshydratation et l'otite moyenne*** (*The Lancet*, n° 5782, 23 Juin 1934). — L'association de la diarrhée avec l'otite moyenne est connue depuis longtemps et Maurice Renaud a montré que l'on trouvait fréquemment du pus dans l'oreille moyenne. Ces collections sont dues pour un petit nombre à une dégénérescence post-mortem. Pour les autres cas, la présence de cellules de pus et de streptocoque hémolytique indique que l'infection est survenue avant la mort. Mais on discute pour savoir laquelle des deux affections est la première en date quoique la fréquence des otites chez l'enfant soit expliquée par la disposition de la trompe d'Eustache.

Pour Marriott, Jeans et Floyd l'otite à streptocoque est souvent pour ne pas dire toujours primitive. Chez les enfants, l'aditus est trop petit pour permettre un drainage de l'antre vers l'oreille moyenne. Marriott fait une double antrotomie, ce qui dans un grand nombre de cas donne une amélioration immédiate.

Wishart et Maybaum sont d'une opinion différente. Pour eux l'infection otitique se développe pendant le séjour à l'hôpital, elle est une manifestation préagonique et n'a aucune influence sur la diarrhée.

Pour M. et S. la signification de l'otite varie avec les sujets. Dans trois cas observés par eux, l'otite précéda l'entérite et la paracentèse donna de bons résultats. Dans un peu moins de la moitié des cas l'otite survint après la diarrhée et les vomissements, dans les quatre jours de l'admission des enfants à l'hôpital. La plupart du temps cette otite était latente et reconnue peu avant la mort. Il semble donc que l'otite soit rarement primitive. Mais il ne s'ensuit pas que cette otite secondaire doive être négligée. Quand le tympan est rouge et bombant, il doit être incisé. Alors que la myringotomie n'est pas une opération grave, l'antrotomie est plus sérieuse et doit être réservée aux cas où il y a de l'œdème et de la rougeur de la paroi supra-postérieure du méat. Leur petite série de cas montre qu'un drainage de l'oreille réduit la mortalité et que des résultats meilleurs peuvent être obtenus par des interventions plus précoces.

Pour Coates, si la myringotomie ne donne pas une amélioration de l'état général, on doit pratiquer une double antrotomie.

Pour Findlay, on doit se souvenir que la mortalité est grande dans ces cas de diarrhée — plus de 50 pour 100 — même quand l'otite n'existe pas et s'efforcer par un traitement préventif de lutter contre cette cause de mortalité infantile.

André Plichet.

H. Coutard. ***Les principes de la radiothérapie des tumeurs malignes*** (*The Lancet*, n° 5785, 7 Juillet 1934). — Les deux principaux facteurs, dans la radiothérapie, sont l'intensité et la durée. Ils sont en rapport d'une part avec le type cellulaire du cancer et d'autre part avec la forme des tissus environnants et avec le siège du cancer.

Dans le traitement, on est guidé par les réactions des tissus voisins, par celles de l'épithélium de revêtement et par celles des cellules du cancer. Quand on irradie une tumeur maligne de petite taille et de type embryonnaire, le traitement peut être achevé en très peu de temps, une vingtaine de jours environ, les radio-réactions épithéliales peuvent être relativement intenses mais leur durée ne doit pas durer plus de 15 jours.

Quand on irradie un cancer de type moins embryonnaire le traitement est plus long et les réactions doivent être légères.

Dans les cancers extensifs, à larges dimensions, comme dans les cas de cancers de l'utérus, le traitement est au moins de 40 jours et les réactions épithéliales du vagin, de l'urètre, de la vessie doivent être très légères; la radio-épidermite de la peau ne doit pas être exsudative.

La question de la dose cancéricide dans les cancers radiosensibles est plus importante que la durée. Au contraire dans les tumeurs radiorésistantes la durée du traitement importe seule. Dans ces cancers, on ne doit pas chercher un effet destructif mais on doit faire disparaître les cellules comme dans une évolution normale et naturellement on doit s'efforcer de protéger les tissus supportant la tumeur.

Il faut bien se pénétrer de cette idée que le traitement du cancer par les rayons est encore difficile et encore dangereux. Il n'y a qu'une très petite marge entre la dose qui fait disparaître le cancer et celle qui produit une aggravation.

L'examen quotidien des malades est nécessaire, car les modifications des tissus normaux et de l'état général apparaissent si rapidement qu'il est souvent nécessaire de diminuer la dose quotidienne et de réduire le champ d'application. Il n'existe pas de méthode fixe de traitement, celui-ci doit varier avec chaque individu et avec chaque type de tumeur.

André Plichet.

Norman Ross. ***La valeur de l'aérocystographie*** (*The Lancet*, n° 5786, 21 Juillet 1934). — On sait les difficultés que l'on peut avoir à faire une cystoscopie: la contracture du col de la vessie peut rendre impossible le passage du cystoscope, une hémorragie ou la présence de pus peut obscurcir le champ; il est parfois nécessaire de faire cet examen sous anesthésie.

L'aérocystographie est d'une technique simple. Elle consiste tout d'abord à vider la vessie, à injecter de l'air avec une sonde de petit calibre et à radiographier la vessie.

Par ce moyen on se rend compte de la capacité de la vessie. Sur le film apparaît alors nettement l'ombre d'une prostate élargie avec son lobe moyen hypertrophié, l'ombre irrégulière d'une tumeur maligne de la prostate. Les tumeurs de la vessie sont également diagnostiquées par ce moyen ainsi que les calculs prostatiques.

Avec un peu d'habitude, on peut arriver à se rendre compte de l'épaississement des parois de la vessie et à diagnostiquer les cas de prostatisme sans prostate.

André Plichet.

H. Tidy. ***Fièvre glandulaire et infections à mononucléose*** (*The Lancet* n° 5787, 28 Juillet 1934). — La fièvre glandulaire est une maladie infectieuse aiguë, caractérisée par la fièvre, des adénopathies, une mononucléose et parfois par une angine.

Décrite pour la première fois par Pfeiffer en 1889, elle fut pour ainsi dire oubliée pendant trente ans. Depuis 1920, l'attention étant de plus en plus attirée par les maladies fébriles à mononucléose, cette entité morbide a fait l'objet de nombreux articles et notamment, en 1930, on put observer, en Angleterre, une épidémie.

Cette affection est répandue dans les pays du nord de l'Europe, aux Etats-Unis, en Australie. Aucun âge n'est indemne, mais les enfants et les adolescents sont les plus sensibles à cette affection.

Trois types cliniques peuvent être distingués : le type glandulaire de Pfeiffer qui frappe les enfants, le type fébrile et le type angineux qui frappent surtout les adolescents.

Dans le type glandulaire, le début se fait par des douleurs de la gorge, avec légère rougeur des amygdales, la fièvre monte à 38°-39° et en deux jours on assiste à une hypertrophie ganglionnaire qui frappe surtout les ganglions cervicaux. La splénomégalie est modérée. L'affection est capable de durer des semaines et des mois. Les ganglions ne suppurent jamais.

Dans le type angineux ou angine à monocytes, les lésions de l'amygdale peuvent ressembler trait pour trait à la diphtérie, cependant la fausse membrane fétide ne tapisse jamais ni les fosses nasales ni le larynx. Le sérum antidiphtérique n'a aucune action.

Le type fébrile évolue en trois phases. Dans la première phase, on observe la symptomatologie banale d'une infection. Puis se développe, entre le quatrième et le septième jour, une éruption maculo-papulaire ressemblant aux taches rosées de la typhoïde ou bien, chez les enfants, à la rubéole. Cette éruption prédomine sur le front et le tronc; elle dure en général 15 jours. Puis ensuite apparaissent des adénopathies et une légère splénomégalie qui peuvent persister pendant plusieurs semaines.

Les complications sont rares, cependant on a pu observer des suppurations ganglionnaires par infection secondaire, des hémorragies: épistaxis, hématémèses, purpura, hématuries et hémorragies méningées.

André Plichet.

H. Tidy. ***Fièvre glandulaire et infections à mononucléose*** (*suite*) [*The Lancet*, n° 5788, 4 Août 1934]. — Le symptôme commun entre ces différentes formes, en plus de l'hypertrophie ganglionnaire, est la présence d'une mononucléose importante. Tous les organes hématopoiétiques sont touchés. Les tissus myéloïdes réagissent rapidement en produisant une polynucléose initiale transitoire; les tissus lymphoïdes réagissent plus lentement en produisant la mononucléose.

La leucocytose excède rarement 40.000 globules blancs; chez l'enfant elle peut atteindre 60.000. Les mononucléaires sont en augmentation relative et absolue. On peut rencontrer des cellules anormales de différentes espèces, y compris le grand lymphocyte primitif à protoplasma indifférencié.

Le diagnostic de cette affection est facile à faire avec la leucémie lymphoïde, la maladie de Hodgkin, la fièvre ourlienne, la diphtérie, l'angine de Vincent et la scarlatine. Chez les enfants, dans les cas bénins, la rubéole peut être d'un diagnostic difficile et il est probable que la quatrième maladie rentre dans le cadre de cette affection.

Le pronostic reste favorable et la mortalité est négligeable chez les sujets sains. Le virus est encore inconnu, mais il est visiblement transmissible aux singes. Le traitement est purement symptomatique.

André Plichet.

Levin. ***Le traitement de l'asthme bronchique par une injection périsympathique dorsale d'alcool absolu*** (*The Lancet*, n° 5788, 4 Août 1934). — Les rameaux bronchiques contenus dans le sympathique dorsal sont relativement superficiels au moment où ils reçoivent les rameaux anastomotiques des nerfs intercostaux. A cet endroit, on peut les atteindre soit par le bistouri, soit par une injection d'alcool.

Le malade est assis, courbé en avant, on tire sur les bras pour permettre le maximum d'écartement des omoplates. A 4 cm. de la ligne des apophyses, dans le quatrième, le cinquième ou le sixième espace intercostal, on fait une légère anesthésie à la novocaïne et on pique l'aiguille directement sous le bord inférieur de la côte. On rase le bord de la côte, puis on dirige l'aiguille à 45° en dedans, en avant et en bas, sur une distance de 2 cm. de la côte. L'aiguille est alors entre le muscle intercostal externe et l'intercostal interne. L'aiguille est poussée légèrement en dedans vers la colonne vertébrale et on injecte lentement 2 cmc 1/2 d'alcool absolu, en changeant l'aiguille légèrement de place. Habituellement, une douleur aiguë est ressentie dans deux ou trois espaces situés immédiatement au-dessous du siège de l'injection.

La seule complication possible est l'entrée dans la plèvre. On est averti par la sensation de perforation d'une membrane douce et par l'entrée de l'air dans la plèvre. Il vaut mieux enfoncer l'aiguille séparément ou bien se servir d'un appareil connecté avec un manomètre.

Seize asthmatiques ont été traités par cette méthode. Ces malades avaient été considérés comme incurables. Dix d'entre eux ont complètement guéri après 4 à 8 injections. Dans trois cas l'amélioration fut légère.

André Plichet.

A. Biggam et **P. Ghalioungui.** ***L'anémie due à l'ankylostomiase et son traitement par le fer*** (*The Lancet*, n° 5789, 11 Août 1934). — Cette anémie peut servir à l'étude des différentes drogues proposées pour guérir les anémies secondaires. C'est une anémie hypochromique et microcytique. Dans les cas graves, le taux de l'hémoglobine est proportionnellement plus bas que celui des globules rouges. Boycott a montré qu'il existait une augmentation du plasma amenant une véritable dilution du sang.

L'anémie n'est pas seulement due aux pertes de sang provoquées par les vers, quoique celles-ci peuvent être assez importantes. Wells a montré que dans le tube digestif du ver passait chaque jour 0 cmc 84 de sang, ce qui fait une spoliation de 20 cmc de sang par jour pour peu que le malade héberge 25 vers, ce qui est habituel. Mais à cette saignée quotidienne, il faut ajouter l'action toxique vermineuse comme le prouve la présence d'éosinophiles.

Le traitement consiste tout d'abord à débarrasser le malade des ankylostomes à l'aide de tétrachlorure de carbone. Il faut souvent plusieurs administrations de ce produit car les vers peuvent être en très grand nombre. On en a compté jusqu'à 140 chez un sujet.

Pour l'anémie, le fer donne les meilleurs résultats, on l'administre soit sous forme de fer réduit, 0 centigr. 30 par jour. On a pu même en donner dans certains cas deux grammes par jour. A ce traitement on peut ajouter soit des doses modérées de 914, soit du foie de veau, soit de la vitamine B en grande quantité, des extraits de foie ou de thyroïde.

Le fer peut encore se donner sous forme de pilules de Bland à la dose de 0 gr. 90 à 1 gr. par jour sous la forme de protochlorure de fer à la dose de 0,30 centigr. par jour.

B. et G. ont essayé des injections intraveineuses de citrate de fer et d'ammonium qui n'ont pas donné de meilleurs résultats que les injections intramusculaires de ce même produit.

André Plichet.

J. Wilkinson et **M. Israëls.** ***Le traitement de l'angine agranulocytique par la pentnucléotide*** (*The Lancet*, n° 5790, 18 Août 1934). — Chez l'homme le syndrome de l'angine agranulocytique, décrit par Schultz, présente un tableau



clinique constant. Après de vagues symptômes de fatigue, suivis rapidement de prostration, on trouve une angine et des lésions de la muqueuse buccale. L'examen de sang montre une absence complète de polynucléaires. Cette maladie, jusqu'à présent, se terminait par mort d'une façon inévitable. Le traitement proposé par Doan et ses élèves a changé considérablement le pronostic. Celui-ci a montré que des doses importantes injectées dans les veines de nucléinate de soude donnaient après une chute préliminaire de leucocytes une augmentation considérable de polynucléaires. D'autre part, Jackson avait montré que le sang humain normal contenait des nucléotides pentosiques. Doan, ayant fait des injections intraveineuses de ce corps à des lapins, trouva une leucocytose périphérique et une hyperplasie de la moelle osseuse tibiale. C. et E. Reich traitèrent avec succès par la pentnucléotide quelques jeunes rats normalement leucopéniques ou des rats devenus leucopéniques après ingestion de benzol. Jackson et ses collaborateurs appliquèrent ce traitement à l'homme et eurent, sur 69 cas d'agranulocytose, 74 pour 100 de succès.

W et I. rapportent un cas d'agranulocytose survenu chez une femme de 34 ans où les polynucléaires avaient complètement disparu. Les frottis des lésions amygdaliennes ne montraient que de rares streptocoques. Le sérum antiscarlatineux ne donna aucune amélioration. Par contre, 150 cmc de pentnucléotide, injectés par voie intramusculaire en 8 jours, donnèrent une leucocytose de 7.000 avec 52 pour 100 de polynucléaires.

Madison et Squier, récemment, ont attribué cette affection à l'action conjuguée d'un barbiturate et de l'amidopyrine. Mais il existe des cas où l'on ne peut retrouver à l'origine l'absorption de tels médicaments. Pour Thomson, l'agranulocytose surviendrait chez la femme au début de l'établissement de la menstruation. En réalité, l'étiologie est encore inconnue.

André Plichet.

Leslie Cole. ***Le tétanos guéri par le curare*** (*The Lancet*, n° 5792, 1er Septembre 1934). — Le curare, employé par les indigènes de l'Amérique du Sud, provient de plantes de la famille des Strychnées. Le principal effet du curare est de produire d'abord une paralysie des muscles volontaires puis ensuite des muscles respiratoires. L'idée d'employer le curare pour combattre les contractures et les redoublements spasmodiques du tétanos est ancienne. West l'employa, de nos jours, dans les cas de rigidité pyramidale et extra-pyramidale. Pour lui, le curare doit contenir un autre principe actif qui abolit la rigidité sans paralyser et il conseilla l'emploi de cette drogue dans le tétanos.

La difficulté pour l'emploi du curare est la variété des échantillons qui rend le dosage impossible. Dans une série de 19 cas de tétanos dont 8 moururent, C. employa le curare dans deux cas très graves.

Le premier cas concerne un cultivateur, atteint de plaies des doigts, qui, malgré 200.000 unités antitoxiques injectées dans les veines, avait un tétanos des plus graves, avec redoublement paroxystique des contractures. Quatre doses de 32 milligr. de curare furent données en 6 heures d'intervalle. Les spasmes diminuèrent, la rigidité des bras, des muscles du ventre et des masséters diminua. On put nourrir le malade. Cette amélioration persista pendant 48 heures, puis les contractures reparurent. Il fallut encore 4 injections de curare pour amener une sédation complète et le malade guérit par la suite.

Dans le second cas, moins heureux puisqu'il se termina par la mort, une injection de 7 milligr. 1/2 amena une sédation des contractures qui étaient intenses et revenaient toutes les trente secondes. On fit ensuite 4 injections à doses croissantes de 7 milligr 1/2 à 15 milligr. en une 1/2 heure, les spasmes cessèrent complètement, mais le malade mourut. Ce tétanos était extrêmement grave, la durée d'incubation n'ayant été que de 48 heures.

André Plichet.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (Boston)

T. J. Putnam. ***Traitement de l'hydrocéphalie par coagulation endoscopique des plexus choroïdes : description d'un nouvel instrument et exposé préliminaire des résultats*** (*The New England Journal of Medicine*, t. CCX, n° 26, 28 Juin 1934). — Sous anesthésie à l'avertine, à travers une brèche de 4 cm. environ, faite dans la région pariéto-occipitale du crâne, à 3 cm. environ de la ligne médiane, on introduit un nouvel instrument endoscopique, le « ventriculoscope », qui permet de voir les plexus choroïdes de couleur rouge cuivre, flottant dans le liquide ventriculaire. En mettant le ventriculoscope au contact et en faisant passer un courant, le tissu devient blanc et, par petits morceaux, on détruit les plexus choroïdes des ventricules. La coagulation dure habituellement de 5 à 20 minutes, l'instrument est alors retiré et la plaie suturée avec soin. La réaction opératoire est légère et proportionnelle à l'hémorragie. Souvent le nourrisson est capable de manger l'après-midi même de l'opération. Cette méthode a été employée dans 7 cas d'hydrocéphalie, chez les nourrissons, et dans 1 méningocèle sans hydrocéphalie avec des résultats encourageants. Le bombement de la fontanelle a disparu et le diamètre de la tête a diminué dans tous les cas, sauf un.

Il y eut 2 morts, toutes les deux dues à des affections intercurrentes et qu'on peut ne pas attribuer à l'opération. Dans ces 2 cas, la pression intracranienne avait diminué jusqu'à la mort.

Robert Clément.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

E. Appelbaum et B. Gelfand. ***La transmission accidentelle de la malaria parmi les intoxiqués à l'héroïne intraveineuse: note préliminaire sur le traitement de la malaria par l'atebrine*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 20, 19 Mai 1934). — A. et G. ont observé plusieurs cas de malaria contractée par des injections intraveineuses avec des seringues communes chez des intoxiqués par l'héroïne : il est, en effet, d'usage courant parmi ces toxicomanes de se réunir en groupe et de faire les injections intraveineuses de la drogue avec une seringue commune à tous. Il est donc facile d'expliquer la contagion par quelques gouttes de sang restées dans la seringue.

La plupart des cas observés ont eu une évolution très grave, un tiers ayant évolué vers la mort malgré l'usage de quinine et d'atebrine intraveineuse. A. et G. ont constaté que l'atebrine avait une activité supérieure à celle de la quinine, mais qu'elle était cependant aussi inefficace que celle-ci dans la malaria cérébrale.

R. Rivoire.

Kerridge, Phyllis M. Tookey. ***Respiration artificielle maintenue pendant 2 ans*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 21, 26 Mai 1934). — Une extraordinaire observation : un malade atteint d'atrophie musculaire progressive devient incapable de respirer par ses propres moyens: pendant quelques jours, il fut maintenu en vie par des parents se relayant pour appuyer de façon rythmée sur son thorax. Puis on construisit un appareil ingénieux consistant en un ballon de football fixé par des bandages à la poitrine du malade, et relié par un tube de caoutchouc à un autre ballon tenu entre deux planches, que le malade ou la nurse pouvait comprimer rythmiquement avec les pieds. Enfin, plus récemment, une machine à respirer hydraulique plus compliquée a été construite, qui permet au malade une vie mentale intacte : à l'heure actuelle, celui-ci est encore vivant.

R. Rivoire.

H. Hudvoll Ware. ***Grossesse chez des paralytiques: 3 observations*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 22, 2 Juin 1934). — Les cas de grossesse survenus chez des femmes atteintes de paraplégie sont plutôt rares, et cela se conçoit sans qu'il soit besoin d'insister. Aussi les 3 observations de W. sont intéressantes comme des raretés cliniques, et aussi parce qu'elles apportent quelques faits physiologiques curieux. D'abord, elles démontrent que la grossesse peut survenir en l'absence de relations nerveuses entre les centres mésencéphaliques et l'utérus. Ensuite, fait très intéressant, il n'y eut chez ces 3 accouchées aucune montée laiteuse, ce qui semble démontrer l'importance d'un stimulus nerveux à point de départ utérin pour l'initiation de la sécrétion hypophysaire de « prolactin », hormone hypophysaire de lactation : ce qui concorde parfaitement avec les récentes recherches expérimentales de Collip.

Signalons, en outre, que l'accouchement était parfaitement indolore chez ces 3 femmes, que les contractions utérines très faibles nécessitèrent une césarienne ou un forceps dans tous les cas, sans l'aide d'ailleurs d'aucun anesthésique.

R. Rivoire.

L. Boyer. ***Désensibilisation d'une allergie à l'insuline*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 23, 9 Juin 1934). — B. rapporte l'intéressante observation d'une diabétique qui acquit peu à peu une sensibilisation à l'insuline, caractérisée non seulement par une réaction douloureuse et inflammatoire au point d'injection, mais aussi par des phénomènes généraux (douleurs abdominales, diarrhée, éruption urticarienne généralisée). Etant donné l'urgence de la continuation du traitement par l'insuline, B. entreprit une désensibilisation en 24 heures par des doses progressives intradermiques d'insuline toutes les demi-heures : en commençant par 1/1000e d'unité, jusqu'à une unité. A partir de ce jour, l'insuline fut parfaitemnt tolérée, à part quelques réactions douloureuses locales inconstantes.

La possibilité d'une désensibilisation aussi rapide est intéressante à souligner, étant donné l'urgence qu'il y a souvent à continuer un traitement insulinique chez les diabétiques.

R. Rivoire.

J. Manch. ***Challotoxicose humaine*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 23, 9 Juin 1934). — M. a réuni dans cet article extraordinairement documenté tous les cas d'intoxication par le thallium publiés dans les divers pays du monde. En tout, il a trouvé 778 cas d'intoxication humaine, dont 46 mortels. Parmi ces 778 cas, la grande majorité, c'est-à-dire 692 (dont 31 morts), ont été observés à la suite d'un traitement par le thallium dans un but d'épilation. Les autres intoxications sont dues à une contamination professionnelle, à une intoxication accidentelle avec des produits préparés pour la destruction des rats ou des insectes, quelques-uns enfin à des suicides ou à des crimes.

R. Rivoire.


LE
VALERIANATE
CABAIL
DÉSODORISÉ
...POSSÈDE LES
QUALITÉS EXCLUSIVES
DE LA
VALÉRIANE
(AUCUN
BARBITURIQUE)
....SANS
SON ODEUR
INTOLÉRABLE
C'EST DONC LE
SPÉCIFIQUE PARFAIT
DES
NÉVROPATHES



H. Ripley et **H. Van Sant.** ***Sodoku transmis par un chien*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n 23, 9 Juin 1934). — Le Sodoku est une spirochétose transmise d'ordinaire par la morsure des rats. R. et S. ont observé 2 cas où la transmission de la maladie s'était faite vraisemblablement par la morsure d'un chien.

Le diagnostic fut rendu certain par l'inoculation de sang au cobaye, au rat, et aussi au chien, qui est réceptif pour la maladie et peut donc être responsable de la transmission.

Une constatation intéressante est la présence d'une réaction de Kahn positive dans les 2 cas, et d'un Wassermann faiblement positif.

Les 2 cas guérirent rapidement par quelques injections d'arsénobenzol. R. Rivoire.

AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

Ward F. Seeley. ***134 césariennes consécutives sans mortalité maternelle*** (*American journal of obstetrics and gynecology*, t. XXVIII, n° 1, Juin 1934). — 134 césariennes ont été pratiquées consécutivement à Harper Hospital, de Détroit, sans une seule mort maternelle. Cet excellent résultat tient, en partie, à ce qu'il n'a pas été fait de césarienne pour éclampsie et, en partie, à ce que l'on a de plus en plus employé la césarienne basse dans les cas suspects d'infection. 126 femmes n'avaient pas eu de toucher vaginal avant l'opération.

Anesthésie rachidienne dans 93 cas et protoxyde dans 40.

La mortalité fœtale a été de 7,4 pour 100; mais, si l'on déduit 2 enfants morts à l'entrée, 2 cas de malformation et 1 prématuré non viable, cette mortalité se ramène à 3,7 pour 100.

50 femmes (soit 37,3 pour 100) avaient eu antérieurement une autre césarienne, et l'indication était permanente dans la moitié de ces cas. 29 femmes (soit 21,6 pour 100) ont eu une première césarienne pour bassin rétréci (sans préjudice des césariennes itératives). 16 femmes (11,9 pour 100) avaient un placenta prævia. Pour S., la césarienne est le traitement de choix. Aucune opération césarienne n'a été faite pour éclampsie, comme nous l'avons dit; mais, dans 2 cas, il s'agissait de pré-éclampsie et de néphrite. Dans 1 cas, il y avait une dystocie par kyste hydatique. Dans 12 cas (8,7 pour 100), il y avait dystocies multiples.

Le taux de la morbidité a été de 38,8 pour 100 dont 28,3 pour 100 relevant d'une infection qui n'a jamais été mortelle. Le séjour moyen à l'hôpital a été de 13,1 jour. 50 femmes ont été stérilisées. Henri Vignes.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

J. Lerman et **W. T. Salter.** ***L'action calorigène de la thyroïde et de quelques-uns de ses constituants*** (*Endocrinology*, t. XVIII, n° 3, Mai-Juin 1934). — Les progrès de la chimie ont permis dans ces 20 dernières années d'établir l'existence de deux fractions définies dans la thyroïde: la première, la thyroxine, agit sur le métabolisme; la seconde, la diiodotyrosine, ne produit pas de réponse calorigène nette quand on la donne à l'état pur à des myxœdémateux. Aussi a-t-on soutenu que seule la fraction thyroxine (insoluble dans les acides) de l'iode engagé dans la thyroglobuline est importante pour le métabolisme, bien qu'elle ne représente qu'un tiers de l'iode total. On a même prétendu que les essais pharmacologiques de la thyroïde devaient être basés sur la seule teneur en thyroxine.

La thyroxine en combinaison peptide obtenue en soumettant la thyroïde à l'hydrolyse protéolytique représente une substance intermédiaire qui permet de comparer les effets physiologiques de divers types de produits thyroïdiens. Quand L. et S. ont donné par la bouche à 5 myxœdémateux non traités 0 milligr. 55 d'iode sous forme de combinaison peptide, ils ont noté le même effet sur le métabolisme basal qu'avec l'injection quotidienne intraveineuse de 0 milligr. 5 d'iode sous cette même forme. Les chiffres obtenus avec la première méthode constituent une courbe-type de référence.

Avec une dose curative unique de 6 milligr. 5 d'iode sous forme de combinaison peptide L. et S. ont vu chez 2 myxœdémateux que la voie intraveineuse était un peu plus efficace que la voie buccale avec cette forte dose. D'autre part, le peptide injecté dans les veines à dose unique massive reproduisit l'effet de la thyroxine cristallisée injectée par voie veineuse à dose équivalente. La thyroxine sous forme de polypeptide étant optiquement active et la thyroxine cristallisée étant racémique, il s'ensuit que ni l'activité optique ni la structure peptide ne renforcent l'activité physiologique de la thyroxine.

L'effet de la glande entière, qui ne peut être estimé par la voie parentérale, fut établi au moyen de l'ingestion de thyroïde desséchée, les résultats étant comparés avec la courbe de référence obtenue avec la forme peptide donnée par la bouche. On donna la dose équivalant à 0 milligr. 5 d'iode sous forme de thyroxine, chez 3 myxœdémateux non traités. Ceux-ci réagirent plus vite que ceux qui avaient servi à établir la courbe-type. On donna à 4 autres malades 0 milligr. 7 d'iode total tous les jours sous forme de thyroïde desséchée. Le résultat fut le même que celui indiqué dans la courbe de référence ou un peu supérieur.

Les recherches comparatives faites sur la dose d'entretien du métabolisme avec 6 préparations de thyroïde du commerce dans 20 cas de myxœdème montrèrent que l'iode organique total importe plus que l'iode sous forme de thyroxine.

Ces résultats indiquent que tout l'iode présent dans la thyroglobuline est actif au point de vue métabolisme et que la substance thyroïdienne doit être titrée d'après sa teneur en iode organique total plutôt qu'en iode sous forme de thyroxine, ce dernier ne représentant pas toute l'activité calorigène de la glande entière. La signification de l'iode organique total vaut non seulement pour la glande entière, mais encore pour la thyroglobuline et pour les produits de dégradation inférieurs contenant de la thyroxine qui en dérivent.

La peptone de thyroxine, obtenue par digestion peptique de la thyroglobuline humaine, a une action calorigène du même ordre que la thyroxine sous forme de peptide titrée d'après sa teneur en iode, tandis que la peptone de diiodotyrosine n'exerce pas d'action sur le métabolisme chez les myxœdémateux qui la prennent par la bouche. Il semble donc que l'iode sous forme de diiodotyrosine a un effet calorigène tant qu'il fait partie de la molécule de thyroglobuline, mais qu'il perd son activité quand il est séparé de la fraction thyroxine. P.-L. Marie.

M. B. Cantor et **J. W. Scott.** ***Traitement de la maladie d'Addison par un extrait de surrénale*** (*Endocrinology*, t. XVIII, n° 3, Mai-Juin 1934). — C. et S. passent d'abord en revue les résultats obtenus dernièrement dans le traitement prolongé de la maladie d'Addison au moyen des extraits de surrénale.

Ils relatent ensuite un cas typique de maladie d'Addison dans lequel le traitement par des extraits de surrénale totale dont la préparation n'est pas indiquée se poursuit depuis plus de 2 ans et se montre toujours aussi efficace. Pendant ce temps, 14 rechutes furent observées, dont 3 dues à des maladies intercurrentes et 11 provoquées volontairement par la suspension de l'opothérapie et son remplacement par des injections d'eau salée. Au bout de 3 à 4 jours de cessation du traitement, la rechute s'annonçait par de l'anorexie, des nausées, des vomissements et de la douleur épigastrique, auxquels succédaient de l'asthénie, de l'hypothermie, parfois de l'hypotension et de l'augmentation de la pigmentation. La reprise du traitement faisait rapidement disparaître les troubles. Depuis que le malade est traité, il a gagné 10 kilogr.; il travaille dans son jardin et fait de courtes promenades. Il n'a pas de troubles digestifs et sa pigmentation a diminué; par places, elle a même disparu. Il a pu supporter deux petites interventions chirurgicales.

C. et S. soulignent l'analogie qui existe entre l'insuffisance surrénale et d'autres insuffisances endocriniennes, en particulier le diabète sucré. L'effet de l'extrait surrénal est aussi frappant que celui de l'insuline.

Le développement de zones leucodermiques chez ce malade semble indiquer que la diminution de la pigmentation durant les rémissions est due à la dissolution du pigment dans la peau plutôt qu'à la diminution survenue dans le dépôt de pigment. Le retour de la puissance génitale met en évidence les rapports existant entre le cortex surrénal et les glandes sexuelles.

C. et S. remarquent que ni le nombre des rechutes ni la gravité des symptômes ni leur durée n'influença la régularité de la réponse thérapeutique, ce qui fait penser qu'il n'y a pas, comme on l'a dit, d'irréversibilité du processus lors des rechutes répétées. P.-L. Marie.

L. A. Brewer. ***Présence de tissu parathyroïdien dans le thymus*** (*Endocrinology*, t. XVIII, n° 3, Mai-Juin 1934). — Si l'hétérotopie du tissu parathyroïdien est bien connue chez les animaux (lapin, chat, rat, hérisson, tortue), elle a été rarement signalée chez l'homme. B. en rapporte 4 cas.

Dans les deux premiers qui concernaient des adultes, ce qui semble n'avoir jamais été encore rencontré, on trouva sur les coupes microscopiques du thymus thoracique des glandules parathyroïdiennes bien reconnaissables à leurs cellules principales et à leurs cellules oxyphiles. Chez l'un des sujets, les parathyroïdes inférieures faisaient défaut; chez l'autre, il y avait un double uretère. Les cas analogues rapportés par Erdheim et Dupérié concernent tous des nourrissons; ceux d'Erdheim avaient une aplasie complète de la thyroïde avec crétinisme. L'embryologie rend bien compte de l'hétérotopie parathyroïdienne. Les relations étroites entre le thymus thoracique et les parathyroïdes inférieures, dérivés tous les deux de la troisième poche branchiale, font comprendre que les parathyroïdes puissent être entraînées par le thymus dans sa migration thoracique.

Dans les 2 autres cas, les parathyroïdes aberrantes furent trouvées dans la portion de thymus restée en situation cervicale. Il s'agissait d'un nouveau-né et d'un nourrisson de 5 mois; le premier présentait une quatrième côte bifide. Dans les 2 cas la thyroïde était normale. Les parathyroïdes aberrantes furent découvertes à l'examen des coupes microscopiques du thymus. On voyait des cellules principales, mais pas de cellules oxyphiles. Le thymus thoracique était à sa place normale. Embryologiquement, la partie supérieure du thymus et les parathyroïdes supérieures dérivent de la quatrième poche branchiale; ce rapport explique l'anomalie.

Les faits de ce genre sont probablement plus fréquents qu'on ne le pense, mais ils échappent à un examen superficiel. Ils sont importants à connaître, car ils peuvent expliquer les échecs apparents observés après les interventions sur les parathyroïdes, pour l'ostéite fibreuse en particulier.

P.-L. Marie.



POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS-15e. Vaugir. 11-23
A.S.I.P.



MUTHANOL

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

A. Saenz. *Etude sur la bacillémie tuberculeuse. Recherches expérimentales et cliniques* (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LIII, n° 6, Juin 1934). — Chez les cobayes inoculés par voie péritonéale ou par voie ganglionnaire, la bacillémie est décelable par l'hémoculture. Il en est de même chez le lapin.

On peut sur les deux milieux de culture Pétragnani modifié et Loewenstein obtenir des cultures jusqu'à des dilutions à 1 millionième et généralement avec la souche humaine le nombre des colonies est plus élevé qu'avec la souche bovine.

Sur 500 hémocultures, on a obtenu 18 résultats positifs pour les 300 premiers ensemencements, soit 6 pour 100 et 8 sur les 200 derniers, soit 4 pour 100.

Le sang pur, simplement rendu incoagulable par le citrate de soude, inoculé au cobaye immédiatement après la prise de sang (sans dépasser la dose de 5 cmc par voie sous-cutanée), donne, plus souvent et plus sûrement, des résultats positifs que la culture pratiquée suivant la méthode de Lœwenstein. C'est dans ce sens qu'il convient d'orienter désormais les recherches sur la bacillémie tuberculeuse qui, du moins chez les malades atteints de formes évolutives de tuberculose, serait beaucoup plus fréquente, dit S., que ne l'indiquent les résultats de ses recherches.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

Max Vauthey (Vichy). ***Le contrôle de la sécrétion de l'insuline chez l'homme et les tests cliniques de l'insulino-régulation*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XXIV, n° 6, Juin 1934). — Les méthodes d'étude de l'insulino-sécrétion et de l'insulino-régulation ne peuvent être jusqu'à ce jour qu'expérimentales et ne sont pas applicables à l'homme. Il faut donc envisager chez l'homme des épreuves cliniques et des tests biologiques.

Telles sont l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par les sucres, l'épreuve d'hyper-hypoglycémie provoquée (glucides, insuline), et l'épreuve d'hypoglycémie provoquée (insuline).

Mais il semble bien qu'il soit préférable d'établir le contrôle de la sécrétion de l'insuline chez l'homme dont on possède plusieurs tests.

Une hypoglycémie de base, à jeun, constante, persistante, constitue un test révélateur d'une hyperinsulinémie.

Une chute de la glycémie au-dessous de la normale après l'hyperglycémie post-prandiale semble due à l'hypersécrétion d'insuline déclanchée par l'absorption d'aliments hydro-carbonés.

Enfin un certain nombre d'épreuves mettent en jeu une hyperinsulinémie provoquée : l'action hypoglycémiante du sang veineux après absorption de glucose, la différence entre la glycémie du sang veineux et du sang capillaire après absorption de glucose, l'hyperglycémie alimentaire classique dans sa phase descendante et sa phase négative, l'épreuve de Traugott, l'épreuve de Hirschlorn et Selinger, enfin l'épreuve personnelle d'hyperinsulinémie provoquée par le glucose, par d'autres substances que le glucose telles que l'adrénaline, les extraits glandulaires antagonistes du pancréas.

J. OKINCZYC.

O. Kaufmann-Cosla, O. Vasilco et Simon Oeriu (Bucarest). ***Etudes expérimentales sur le rôle du pain blanc dans l'alimentation*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XXIV, n° 6, Juin 1934). — Le pain blanc n'est guère un aliment complet et ne peut à lui seul constituer la ration alimentaire journalière. Peut-on obtenir une meilleure assimilation du pain blanc pour l'organisme en lui ajoutant des sels organiques ? Au cas affirmatif quels sont ces ions ? Lesquels des ions contenus dans le pain blanc sont suffisants pour la ration de l'organisme ? Le pain complet a-t-il dans sa composition des ions dans un rapport satisfaisant la ration journalière d'entretien ? Telles sont les questions posées par les auteurs et dont la solution a réglé la marche de leurs expériences.

La nourriture exclusive au pain blanc provoque des troubles graves qui ne peuvent être amendés par l'administration de vitamines, mais qui sont amendés par l'administration du mélange minéral d'Osborne.

Le pain blanc contient suffisamment d'ions de phosphore de calcium, de chlore, de sodium et d'iode pour une ration d'entretien ; mais les ions de magnésium, de potassium et de fer sont en quantité insuffisante.

Le pain complet suffit *à lui seul* comme ration journalière d'entretien.

J. OKINCZYC.

Le SANG (Paris)

G. Fontès et L. Thivolle. *Recherches expérimentales sur la thérapeutique de l'anémie grave par carence martiale et notamment par hémorragies. VI. Action de la transfusion sanguine au sang citraté* (*Le Sang*, t. VIII, n° 5, 1934). — F. et T. ont continué leurs travaux sur le traitement des anémies intenses consécutives à des saignées répétées chez le chien. Dans ce mémoire, ils étudient la valeur de la transfusion sanguine au sang citraté. Ils donnent les techniques puis les résultats de leurs expériences. Ces derniers sont différents suivant qu'il s'agit de la première transfusion, des deux transfusions suivantes ou des postérieures. Après la première transfusion, on voit augmenter le nombre des hématies et la quantité d'hémoglobine, et cela rapidement, et en proportion plus grande que la quantité de sang transfusé ne permet de le prévoir. Il y aurait alors une libération brusque de globules rouges jeunes par les centres formateurs, sous l'influence d'une substance existante contenue dans le plasma du donneur, peut-être le cuivre.

Les hématies injectées ne survivent que quelques jours, et leur hémoglobine se fixe sur les hématies du sujet ; peut-être une partie va-t-elle constituer une réserve encore mal connue. Cette destruction semble devoir nécessiter l'existence d'organes hématopoïétiques sains. Après la deuxième et la troisième transfusion, la décharge des hématies jeunes ne se produit plus. La régénération reste élevée et l'hémoglobine est très bien utilisée. Ultérieurement, après la transfusion, les hématies injectées se détruisent très rapidement ainsi que quelques hématies du sujet. L'apparition de globules rouges nouveaux est très irrégulière et peut manquer. Le résultat de la transfusion est de moins en moins important ou même complètement nul.

La thérapeutique par la transfusion ne peut donc se comparer à celles déjà expérimentées par les auteurs et surtout les ingestions de fer et de cuivre, avec injection des acides aminés hématogènes, qui sont de rendement très supérieur. La transfusion, hors les cas d'anémies aiguës post-hémorragiques, ou la recherche d'effets spéciaux, hémothérapie, immuno-transfusions, ne paraît pas la méthode la plus favorable. Dans les anémies par pertes de sang répétées, la répétition des transfusions est inefficace, et parfois même nuisible.

A. ESCALIER.

Ch. Vlados. *La transfusion du sang conservé au moyen du sérum I. H. T. Etude clinique* (*Le Sang*, t. VIII, n° 7, 1934). — La pratique a permis de se rendre compte que les transfusions par le sang conservé donnent d'excellents résultats. V. et ses collaborateurs ont étudié, à cet effet, le sang conservé citraté et dilué par du sérum physiologique. Mais l'étude des injections de grandes quantités de sérum physiologique montre que celui-ci est insuffisant, et ils ont été ainsi amenés à conserver le sang dans un sérum spécial ou I. H. T. dont ils donnent la formule. Celui-ci agirait d'une façon toute différente d'une part sur le sang du sujet, d'autre part quant à la réaction de celui-ci. L'étude morphologique macroscopique et microscopique du sang conservé le montre beaucoup plus stable avec le sérum I. H. T. qu'avec le sérum physiologique ou le sang citraté.

Les avantages de cette conservation spéciale du sang sont l'absence de réaction du transfusé qui serait, chose curieuse, d'autant plus nette que le sang a été davantage conservé. On pourrait même employer de préférence le sang conservé dans les cas où l'on veut éviter une réaction, ou encore une poussée d'hémolyse. C'est surtout dans les cas d'anémies post-hémorragiques chroniques que les résultats ont été excellents.

Le sang conservé par sérum I. H. T. ne présente aucun inconvénient sérieux et il est inutile de souligner ses avantages pratiques : il permet de se passer du donneur, il est facile à transporter. En outre, la possibilité d'en faire des provisions permet de multiplier les transfusions. Toutes ces qualités le rendent très recommandable.

A. ESCALIER.

E. Joltrain. *Essai de lavage du sang chez l'homme. Compte rendu d'une première expérience réalisée dans un cas d'azotémie mortelle par tuberculose rénale* (*Le Sang*, t. VIII, n° 7, 1934). — Il s'agit ici d'un essai de lavage du sang chez l'homme, pratiqué selon les données de Carrel sur le lavage du sang chez le chien. L'observation, rapportée dans tous ses détails, est celle d'une jeune fille atteinte de tuberculose rénale double avec hyperazotémie. La technique de l'intervention est minutieusement étudiée, elle a consisté dans le lavage, puis la réinoculation des hématies déplasmatisées, en suspension dans un plasma artificiel. Trois problèmes surtout demandent à être envisagés avec soin :

La composition d'un milieu, le plus favorable possible, pour recueillir les globules rouges du sujet.

La recherche d'un anticoagulant, qui provisoirement a été le citrate de soude, et qui est, chez Carrel, l'héparine.

La rapidité de la manœuvre, surtout en ce qui concerne le lavage mécanique et la centrifugation.

Certaines précautions sont indispensables, telles que la vérification préalable du comportement des hématies envers la solution choisie, l'issue assez lente du sang, qui permet de réintroduire une certaine quantité, dès que la tension tend à baisser. Cette dernière sera prise systématiquement pendant tout le cours de l'intervention; enfin, le maintien des solutions à une température toujours égale.

J. nous montre ainsi la possibilité du lavage du sang chez l'homme, et, sous réserves d'études ultérieures, fixe quelques points très importants de cette opération, qui pourra peut-être apporter des améliorations au cours de grandes infections en intoxications générales de l'organisme.

A. Escalier.

G. Fontès et **L. Thivolle.** ***Recherches expérimentales sur la thérapeutique de l'anémie grave par carence martiale et notamment par hémorragie.*** **VII.** ***Le problème du donneur de sang*** (*Le Sang*, t. VIII, nº 7, 1934). — La question étudiée est celle de l'anémie du donneur et de sa régénération sanguine, après une forte saignée ou des saignées répétées. Trois séries d'expériences ont été instituées; trois saignées abondantes suivies d'injections intra-artérielles d'eau salée; des saignées moyennes mais répétées jusqu'à épuisement des réserves; des saignées moyennes sur des animaux soumis d'autre part à une thérapeutique anti-anémique (ingestion de fer et de cuivre, et injections d'acides aminés hématogènes).

Au cours d'une forte saignée, enlevant la moitié du volume sanguin de l'animal, la régénération se fait rapidement, une semaine, et dépasse les résultats obtenus par le traitement antianémique, mais à condition d'injecter de l'eau salée. Sans cette précaution, des saignées même beaucoup moins abondantes ne comportent aucune regénération.

Pour les saignées répétées, qu'il soit injecté ou non de l'eau salée, les régénérations se font de plus en plus faibles, jusqu'à épuisement des réserves de fer. La réparation finit par manquer et l'anémie s'aggrave. Mais si l'on traite le donneur par la thérapeutique antianémique, la régénération dépasse celle qui se fait spontanément, elle dure aussi longtemps que se répètent les saignées, et il se produit même une augmentation des hématies et de l'hémoglobine.

En pratique, il convient donc d'étudier à chaque transfusion le pouvoir de régénération du donneur; de traiter celui-ci préventivement par l'ingestion de caséinates de fer et de cuivre et l'injection d'acides aminés hématogènes, ceci dans l'intérêt même du donneur, et dans celui aussi du transfusé, à qui on réservera ainsi un sang plus riche.

Enfin, F. et T. pensent que dans certaines anémies pernicieuses, avec trouble d'excrétion des hématies, il serait préférable, avant de transfuser, de faire une saignée; celle-ci aurait pour but d'éliminer une certaine quantité de plasma et de provoquer une décharge d'éléments jeunes.

A. Escalier.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

F. Piéchaud, J. Dutrénit et **M. Guibert.** ***Le Guttadiaphot. (Une nouvelle méthode d'examen de sang par analyse capillaire au moyen de papiers filtres colorés.)*** [*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. CXI, nº 18, 30 Juin 1934]. — Cette méthode d'examen du sang consiste à laisser tomber une goutte de sang veineux pur, prélevé par ponction veineuse, sur des bandes de papier buvard colorées et à observer ensuite par transparence la morphologie des images d'étalement obtenues. Une partie du papier buvard est colorée au rouge Soudan, l'autre en vert par une solution où domine le vert de malachite, l'autre en bleu par le sulfate bleu de Nil.

Avec cette méthode, on se rend compte des troubles survenus dans la composition aqueuse de plasma; elle révèle particulièrement tous les processus anémiques.

Il ne s'agit pas d'une méthode spécifique. Il existe, chez la femme, des réactions physiologiques au moment de la menstruation et en période de gravidité. D'une façon générale, l'épreuve au guttadiaphot est positive pour les maladies infectieuses, les intoxications sanguines, les anémies et quelques états endocriniens, en particulier ceux qui entraînent un trouble du métabolisme de l'eau. On a voulu utiliser cette technique pour déceler la syphilis. D'après Schilling et Bruch, la réaction serait positive en même temps que le Wassermann dans 78 pour 100 des cas, elle serait en désaccord avec lui dans 22 pour 100 des cas et serait alors plus sensible que la réaction de déviation du complément.

Au sanatorium Arnozan, P., D. et G. ont étudié l'épreuve chez un certain nombre de tuberculeux. Tout état de tuberculose pulmonaire avéré, évolutif, fébrile ou non, actif, entraîne la formation d'une image anormale sur papier buvard coloré du type guttadiaphot. Les états stabilisés présentent cette image au maximum ou ne la présentent pas. Le guttadiaphot donne des résultats sensiblement parallèles à ceux de la sédimentation des hématies. Il n'y a pas de parrallélisme entre ces réactions et la fièvre. L'anémie modifie toujours l'aspect des résultats.

Robert Clément.

E. Leuret. ***Sels d'or et tuberculose*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. CXI, nº 18, 30 Juin 1934). — Les injections intraveineuses de sels d'or doivent être proscrites de façon absolue, car elles peuvent amener des accidents graves et même mortels, auxquels il est inutile d'exposer les malades, les injections intramusculaires donnant le même résultat. Les risques que font courir aux malades les injections intraveineuses pourraient être légitimement courus si les résultats thérapeutiques étaient très différents. Ils semblent aussi favorables avec les injections intra-musculaires moins dangereuses. Les doses fortes de sels d'or ne paraissent pas plus efficaces que les doses moyennes et la suspension huileuse semble la plus favorable.

L'introduction de composés soufrés de l'or dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire donne un pourcentage d'améliorations cliniques et radiologiques supérieures en nombre et en qualité à ce que l'on constatait en milieu sanatorial avant la découverte de la chrysothérapie.

Les accidents généraux, notamment les réactions fébriles, sont beaucoup moins importants avec les injections intra-musculaires. Les réactions focales, qui peuvent aboutir à des réactivations lésionnelles, suivies d'extension locale des lésions ou de poussées bacillémiques provoquant des essaimages à distance, doivent disparaître dans une cure bien conduite, toute injection ne devant être pratiquée que quand la réaction causée par la précédente a complètement disparu. Les véritables complications de la médication par l'or sont les accidents hépatorénaux et les accidents muqueux et cutanés, notamment la stomatite. Les accidents sanguins, agranulocytose, purpura, les accidents nerveux sont rares.

Les véritables contre-indications de la chrysothérapie sont les déficiences graves du foie et des reins, en particulier chez les alcooliques. La plupart des accidents toxiques sont empêchés ou atténués par l'emploi simultané d'une préparation à base d'hyposulfite de soude.

Si, du premier coup, la thérapeutique par les sels d'or n'est pas mise au point, on peut se féliciter des progrès réalisés depuis 10 ans de recherches et des bénéfices acquis dans cette thérapeutique chimique de la tuberculose.

Robert Clément.

C. Colbert et **H. Mollard.** ***A propos des chrysothérapies locales. Que penser des sels d'or intra-pleuraux ?*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. CXI, nº 18, 30 Juin 1934). — Les partisans de la chrysothérapie intrapleurale lui attribuent un certain nombre d'avantages. Il est exact qu'un sel d'or injecté dans la plèvre peut ralentir la sécrétion d'un épanchement et que, dans les grands épanchements pleuraux, après ponction, et injection de sels d'or, on voit parfois la résorption de liquide s'amorcer. Les sels d'or rendent moins pâteux et plus fluide le pus épais de certains pyothorax alors que la chrysothérapie sanguine s'était révélée sans action.

Il est peu probable que l'injection locale diminue les bacilles de Koch de la plèvre; le rôle bactéricide des sels d'or n'est rien moins que démontré. C. et M. sont aussi sceptiques sur l'action cicatrisante des sels d'or sur les parois de la cavité pleurale.

L'injection intra-pleurale de sels d'or n'est pas plus active que l'injection intra-musculaire et l'or, introduit par cette voie, n'est pas mieux toléré. La plèvre n'est qu'une voie d'absorption comme les autres, ce n'est qu'en pénétrant dans la grande circulation que l'or aboutit aux systèmes de défense. L'efficacité de la chrysothérapie paraît être à peu près la même, quelle que soit la technique employée.

Si l'on excepte le cas où l'on demande aux sels d'or de rendre plus fluide un liquide épais jusqu'alors difficile à ponctionner, la chrysothérapie intra-pleurale est une méthode qui n'a pas grande valeur et qui est critiquable au nom de la clinique et de la logique.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

M. Feuillade et **H. Edel.** ***L'huile soufrée dans le traitement des états d'agitation*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. XV, nº 347, 20 Juin 1934). — F. et E. ont essayé de traiter les accès confirmés d'excitation maniaque par la pyrétothérapie. Ils ont utilisé une suspension huileuse de soufre à 1 pour 100 en injections intramusculaires à doses progressivement croissantes de 1 à 10 cmc, séparées d'au moins 2 ou 3 jours.

Sur 7 cas d'agitation maniaque aiguë, ils ont obtenu 4 guérisons complètes : 1 psychose basedowienne, 1 accès maniaque chez une éthylique, 1 manie présénile et 1 psychose périodique. Chaque fois, la première injection d'huile soufrée fut faite dès le début de l'affection; l'amélioration apparut entre la troisième et la cinquième piqûre, c'est-à-dire au bout de 10 à 15 jours.

Chez une femme atteinte de psychose basedowienne, le traitement n'eut qu'un effet temporaire et la rechute 1 mois après ne fut pas influencée par lui. Dans 1 cas de psychose périodique et sur 1 accès maniaque chez une prédisposée, une série de 8 injections resta sans effet.

L'huile soufrée agit par élévation thermique, mais peut-être aussi par chimiothérapie, car elle entraîne une leucocytose polynucléaire importante. Il semble que pour avoir un effet favorable le traitement doit être institué dès les premiers symp-

tômes d'agitation ; chaque jour qui s'écoule diminue les chances de guérison.

Robert Clément.

L. Bouchut, P. Ravault et A. Guichard. ***Contribution au traitement de certains rhumatismes aigus et subaigus. Les injections de lait et l'abcès de fixation*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. XV, n° 348, 5 Juillet 1934). — Dans 14 cas d'arthrites aiguës ou subaiguës, on a essayé le traitement par des injections sous-cutanées de 2 et 5 cmc de lait ou par un abcès de fixation ou par les deux méthodes combinées.

Sur 9 cas traités par les injections de lait, il y eut 2 succès remarquables dans des arthrites gonococciques subaiguës tenaces et rebelles au salicylate de soude, à l'antipyrine, à la gonacrine, au sérum et au vaccin antigonococcique. Deux fois, le succès fut « assez bon, mais incomplet » : une arthrite blennorragique rebelle à la sérothérapie antigonococcique fut améliorée par les injections de lait associées au sérum comme si la lactothérapie avait eu une action « mordançante » par rapport au sérum. L'autre malade avait un « rhumatisme de Bouilland résistant au salicylate et à l'antipyrine » dont les douleurs et la fièvre furent diminués par les injections de lait.

Le résultat fut médiocre dans une arthrite aiguë gonococcique, et pratiquement nul dans une arthrite blennorragique traînante et chez un malade qui fit une violente réaction dès la première piqûre.

Avec l'abcès de fixation, 3 arthrites gonococciques aiguës ou subaiguës ont donné un succès complet, un résultat très bon mais temporaire et un échec complet.

Les deux méthodes associées n'ont produit aucun effet sur un rhumatisme chronique évoluant depuis plusieurs années.

Ces deux thérapeutiques ne doivent être employées qu'après échec des médications spécifiques et restent l'apanage des rhumatismes subaigus, surtout ceux dus au gonocoque qui représentent l'indication de choix. On peut les utiliser en association avec d'autres médicaments dont elles semblent réactiver ou renforcer les effets.

Chaque injection de lait s'accompagne d'une réaction locale inflammatoire et douloureuse et d'une poussée de fièvre, mais on n'a jamais observé de réaction focale articulaire.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST (Nancy)

A. Magitot. ***Les rétinites de l'hypertension artérielle*** (*Revue médicale de l'Est*, t. LXII, n° 11, 1er Juin 1934). — Les rétinites de l'hypertension artérielle générale ne sont pas d'origine rénale. L'hypertension artérielle générale elle-même, si fréquente, n'est en réalité que la résultante d'une maladie vasculaire atteignant tous les vaisseaux de l'organisme. A lui seul, cet élément hydrostatique ne peut engendrer les lésions oculaires. L'hypertension intra-cranienne joue un rôle important mais non unique dans le déterminisme de ces rétinites. Il semble nécessaire qu'il y ait combinaison de lésions artériolaires rétiniennes, d'hypertension artérielle locale et d'hypertension intra-cranienne pour que se trouve réalisées les lésions de la rétinite : œdème, hémorragies et exsudats.

Des lésions de rétinite objectivement semblables ont été signalées dans les maladies les plus diverses, et même en dehors de tout état pathologique connu. Il faut donc rester réservé en ce qui concerne le mécanisme pathogénique.

La décompression céphalo-rachidienne a une action thérapeutique remarquable sur l'évolution des lésions oculaires. L'observation d'un malade de 56 ans vient confirmer ce fait et montre qu'une rétinite peut rétrocéder, malgré l'aggravation d'un état vasculaire et d'une hypertension artérielle dont nous ignorons encore la nature intime.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

A. Wolter. ***La dactylite et la phalangite dans la syphilis, la tuberculose, les « sarcoïdes au sens large », d'après Darier (lupus pernio et sarcoïde de Boeck), le pian et la lèpre*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 22, 2 Juin 1934). — Bien que ces 5 maladies aient des étiologies spéciales, il y a cependant intérêt à étudier les lésions osseuses des doigts qu'elles provoquent, notamment par l'examen radiographique et histologique.

La dactylite syphilitique du nourrisson est caractérisée, au point de vue radiographique, par un accroissement modéré entre l'épiphyse et la diaphyse et par une ombre nette et étroite correspondant à la zone compacte de l'os. La substance osseuse qui paraît augmentée dans ses dimensions transversales et longitudinales est, en réalité, atteinte d'ostéite raréfiante. L'affection intéresse souvent l'index, généralement multiple mais rarement symétrique, ce qui différencie la syphilis de la tuberculose. Ces atteintes des petits os longs seraient dues, d'après W., non pas à des traumatismes, mais à des particularités de la circulation. Il n'est pas certain que des gommes véritables s'observent en cas de syphilis récente du nouveau-né. Dans un cas observé chez un nourrisson de 3 mois, on a constaté des lésions intéressant presque toutes les phalanges : le squelette est flou avec des plages éclaircies en même temps que des destructions de la corticale.

La tuberculose des diaphyses se manifeste sous la forme de *spina ventosa* dont l'évolution est lente et au cours de laquelle un fungus central détruit progressivement autour de lui la région spongieuse et la corticale. Les lésions de ce genre sont souvent multiples. Dans d'autres cas, les lésions sont périostiques et alors on constate une zone de néoformation osseuse qui élargit l'os. Aux rayons Rœntgen, cette forme est remarquablement semblable à la dactylite syphilitique ou pianique. Bien souvent, elle n'atteint qu'un seul os. Dans ces affections, la destruction osseuse est modérée tandis que dans le sarcoïde au sens large (sarcoïde de Boeck et lupus pernio), la décalcification et la transformation de la structure osseuse sont prépondérantes. Quand le périoste est intéressé, il présente un foyer de tissus de granulation qui peut donner naissance à des abcès et à des calcifications réactives puis à des fistules qui ne s'observent guère en cas de syphilis. De petits séquestres s'observent également.

Dans les altérations osseuses observées en cas de sarcoïde au sens large, le squelette osseux est semé d'alvéoles très petits accompagnés de troubles vasculaires trophiques, parfois même de la destruction de phalanges entières. Mais en pareil cas, l'ouverture d'un abcès est extrêmement rare et un foyer de fonte ne s'observe pas comme dans la gomme syphilitique. Ces altérations kystiques intéressent surtout les épiphyses et rarement les diaphyses. Comme des formes latentes de tuberculose sont fréquemment observées dans ces ostéites tuberculeuses multiples cystoïdes, on admet généralement une relation entre l'une et l'autre. Mais, il faut voir là, avec Jadassohn, une réactivité spéciale de l'organisme à l'égard du virus tuberculeux.

P.-E. Morhardt.

Victor Hammerschlag. ***La polyallélie comme fondement de la transmission héréditaire dans la paralysie spinale spastique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 22, 2 Juin 1934). — Les faits de transmission héréditaire pathologique ont été trop souvent expliqués en supposant l'existence de facteurs polymères. Il est cependant, d'après H., préférable de recourir à la théorie de la polyallélie en donnant aux gènes une valeur numérique comme l'a fait Goldschmidt pour expliquer les phénomènes d'intersexualité.

Dans ces conditions, tout caractère transmissible est dû à l'action de deux allèles provenant l'un du père et l'autre de la mère. On attribue à chacun d'eux, par exemple, la valeur 100, soit pour le sujet normal un total de 200. Dans leur ensemble, ils ont pour fonction d'abord de donner naissance à un organe, par exemple, à l'appareil auditif ou au cordon pyramidal et ensuite d'entretenir son fonctionnement au moyen d'une réserve d'énergie. Comme ces deux allèles sont synergiques, ils ne doivent être considérés ni comme dominants ni comme récessifs. Si, dans une famille, le gène se trouve altéré par « démutation », la valeur de l'un des deux allèles apparaissant dans la descendance, se trouve réduit à 80, à 40 ou à moins encore. Dans ces conditions, l'organe pourra avoir une structure normale mais ne disposera plus d'une énergie de réserve suffisante et cessera de fonctionner plus ou moins tôt avant la fin de l'existence.

On arrive ainsi à comprendre que certaines maladies héréditaires puissent se manifester avec tous les intermédiaires, ce qui n'est pas possible avec la théorie de polymères qui ne peut admettre que deux éventualités : présence ou absence.

Quand l'hérédopathie apparaît vers 40 ou 50 ans, H. chiffre la somme des deux allèles à 150 ou 160. Quand la maladie apparaît à la puberté, cette valeur ne serait que de 130, et quand la maladie apparaît au cours de la deuxième année elle ne serait que de 115.

H. arrive ainsi à établir une simple différence de degré entre les affections héréditaires suivant qu'elles sont dominantes ou récessives. Les premières doivent, en effet, être considérées comme incomplètement récessives : l'un des conjoints qui possèdent deux allèles normaux valant ensemble 200 est homozygote. L'autre conjoint qui possède un allèle normal et un autre d'une valeur inférieure à 100 est hétérozygote. Ces deux conjoints ont, comme progéniture, un sujet sain, deux sujets présentant l'affection sous une forme modérée et un sujet la présentant sous une forme grave. Quand il s'agit d'une forme complètement récessive, on doit admettre que l'allèle insuffisant présente une démutation modérée ne descendant pas, par exemple, au-dessous de 75. Dans ces conditions, l'affection reste rudimentaire ou, en tous cas, ne se manifeste qu'à un âge très avancé. On ne pourra donc en faire de constatations objectives que si les deux conjoints sont tous deux hétérozygotes par rapport aux mêmes allèles. S'ils ont des enfants, l'un sera alors normal, deux atteints d'hétérozygotie inapparente et un enfin, dont les allèles seront également insuffisantes, présentera la maladie d'une façon manifeste. Ces considérations expliquent également les cas erratiques qui doivent toujours faire penser à l'existence dans la famille d'une homozygotie à la faveur de laquelle les symptômes sont devenus manifestes.

Au sujet de ces conceptions, H. remarque qu'elles ne sont pas seulement spéculatives mais confirmées par ce qui se constate chez les bœufs de la race norvégienne Telemark qui présentent une chondrodystrophie récessive alors que la race Kerry présente la même maladie sous une forme dominante et plus grave.

P.-E. Morhardt.

Richard Hauptfeld. ***Le point d'attaque de la pitressine dans les reins*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 23, 9 Juin 1934). — Les extraits d'hypophyse ont pour action, chez les sujets sains et aussi en cas de diabète insipide, de diminuer le

volume de l'urine et d'en augmenter le contenu en NaCl. Mais le point d'attaque de cette hormone n'est pas encore connu. Pour le déterminer, H. a eu recours à la méthode de Biberfeld et Filehne qui consiste à plonger des fragments de l'écorce et de la mœlle des reins dans des solutions de NaCl de concentrations croissantes. Il a déterminé ainsi la concentration pour laquelle ces fragments n'augmentent ni ne diminuent de poids en séjournant dans ces solutions.

Il y a lieu d'admettre que, dans les conditions de ces expériences, si au moment où le rein a été prélevé, le contenu des canaux et des cellules était plus fortement concentré que dans un organe de contrôle, des fragments du premier se trouveraient en équilibre osmotique avec des solutions plus fortement concentrées. Par contre, dans des solutions plus étendues, ils augmenteraient davantage de poids que des reins normaux.

C'est ainsi que des lapins ont été traités par des préparations de vasopressine et on a constaté que, sous cette influence, les éléments cellulaires de l'écorce surrénale seraient dilués, ce qu'il faut interpréter comme le signe d'une augmentation du filtrage du plasma (diurèse dans les glomérules). Par contre, sur la mœlle des reins (canaux rénaux) l'influence est peu manifeste. En augmentant la dose de médicament injecté, on a constaté que le fragment de mœlle rénale augmenterait davantage de poids que normalement, tandis qu'au contraire le fragment d'écorce ne se modifiait guère. Il faut donc admettre qu'en pareil cas les canaux rénaux résorbent davantage d'eau et concentrent l'urine. Pour que cette action de la vasopressine se fasse sentir sur les reins, il faut qu'elle arrive à ces organes par le courant sanguin. En tout cas, cette hormone agit pour inhiber la diurèse.

P.-E. Morhardt.

A. Wolter. ***La dactylite et la phalangite dans la syphilis, la tuberculose, les sarcoïdes « sarcoïde au sens large » d'après Darier (lupus pernio et sarcoïde de Boeck), le pian et la lèpre*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 23, 9 Juin 1934). — W. donne, dans la seconde partie de son travail, l'observation de lésions des phalanges survenues chez une femme de 42 ans atteinte de lipoïde miliaire de Boeck. L'index gauche et les orteils, surtout le gros orteil gauche, sont gonflés, livides avec disparition presque complète de l'ongle. Aux rayons Rœntgen, on trouve des plages claires, une étroitesse remarquable de la phalangine de l'index et raccourcissement de ce doigt. Un examen histologique pratiqué dans un autre cas a montré l'existence de lésions surtout dans la spongieuse où les canaux de Havers ont parfois un diamètre cinq à six fois plus grand que la normale et contiennent un tissu extrêmement riche en noyaux. En somme, il s'agit d'un processus inflammatoire chronique non caractéristique sans altérations régressives. La décalcification est si intense qu'on a voulu voir là des troubles endocriniens.

Mais pour W., les analogies entre la lèpre et ces lésions font penser à une altération de la fonction, voire même à une paralysie des neurones. En tout cas, dans le sarcoïde au sens large, il s'agit de processus osseux multiples au cours desquels le squelette acquiert une structure alvéolaire mais sans provoquer les irritations périostées qui s'observent dans la syphilis, dans la *spina ventosa* et dans le pian. Les articulations ne sont pas prises.

Dans le pian qui est très étroitement apparenté à la syphilis, on constate des élargissements des os des extrémités et notamment de phalanges qui prennent l'apparence observée en cas de *spina ventosa*. Il s'agirait d'une ostéite raréfiante de la substance osseuse interne sans périostite proliférante ni épaississement de la zone compacte. Aux rayons Rœntgen, on constate une augmentation de la calcification qui se manifeste par une ostéite ossifiante. Parfois, il apparaît également des excroissances vasculaires à centre clair.

Dans les lésions observées en cas de lèpre et tout d'abord en cas de lèpre des nerfs, il y a décalcification qui n'est produite ni par les bacilles, ni par les contractions articulaires nerveuses, ni par l'infection secondaire, ni par des troubles circulatoires, mais par une altération du neurone chargé de régler la nutrition des tissus. A côté de la disparition précoce du calcium et de l'apparition d'un certain flou, phénomènes qui font croire à un cliché sous-exposé, il survient également une atrophie de la substance de soutien. Une réduction des dimensions avec conservation de la forme allant jusqu'à la fonte complète s'observe parfois.

P.-E. Morhardt.

Krauss et **Barth.** ***Contribution à la clinique de la maladie de Hand-Schüller-Christian*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 24, 16 Juin 1934). — K. et B. donnent l'observation d'un nouveau cas de maladie de Hand-Schüller-Christian concernant un garçon né au milieu de 1930. Il pesait à la naissance 1 kilogr. et fit ultérieurement plusieurs infections (pulmonaires, rubéole, rougeole, coqueluche). Il fut ensuite constaté une tuméfaction de la paupière supérieure gauche qui fut incisée deux fois car elle était considérée comme un angiome caverneux. En même temps, il fut constaté de petites tuméfactions sur les os craniens, et enfin il apparut une soif intense qui amenait l'enfant à boire cinq litres de liquide par jour. A l'entrée, à un peu plus de 2 ans, l'enfant pèse 12 kilogr. 700, la paupière gauche ne peut plus être soulevée et on constate que les tumeurs du crâne, qui ne sont pas mobiles sur le plan profond, correspondent à une lacune des os. Le foie dépasse les côtes de 1 1/2 travers de doigt et la rate n'est pas palpable. Les réactions sérologiques pour la syphilis sont négatives.

On enlève deux tumeurs craniennes situées sur le côté gauche. Elles contiennent un sang épais mêlé de caillots et d'un liquide jaune et huileux. Ce dernier fut analysé (10 pour 100 de graisses totales, 3 pour 100 de cholestérine totale, 1,65 de cholestérine libre, 1,33 pour 100 d'éthers de la cholestérine et 1,50 de phosphatides). Ultérieurement, on constate que les tumeurs situées à droite ont augmenté de volume et que l'état général s'aggrave. En même temps, fait remarquable, on constate en arrière des deux oreilles, une tuméfaction des ganglions qui atteignent la grosseur d'un pois. Le foie continue à augmenter de volume en même temps que la rate commence à dépasser le rebord costal de 2 1/2 travers de doigts. L'analyse du plasma du sang a montré une augmentation des graisses totales avec un rapport normal entre la cholestérine libre, les éthers de la cholestérine et les phosphatides. Il est très difficile de dire rien de précis sur la nature des altérations du foie de la rate et des ganglions lymphatiques. Les tumeurs et plus spécialement la marge des lacunes craniennes présentent l'aspect histologique d'un granulome avec ostéoclastes abondants. Il existe également des cellules spumeuses. Ce cas se rapproche de celui de Ceelen et K. et B. ne sont pas sûrs qu'on ne doive pas finalement le faire figurer dans un groupe spécial.

P.-E. Morhardt.

H. Schlossberger et **R. Krumeich.** ***Le traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par le sérum de convalescent*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 25, 23 Juin 1934). — Après avoir exposé les résultats obtenus dans l'Amérique du Nord avec le sérum de convalescents, administré chez les poliomyélitiques, S. et K. font une analyse des renseignements apportés par une enquête faite en Allemagne sur ce sujet au début de 1933. Il a pu être ainsi réuni des renseignements sur 227 cas de paralysie infantile dont 26 ont pu être traités par le sérum à la phase pré-paralytique.

Ce dernier groupe n'a donné lieu à aucune mort et, de plus, la guérison a été complète et sans séquelle dans 24 cas. Dans 2 cas cependant, il est apparu des paralysies. Il s'agissait une fois d'un garçon de 13 ans, traité au 3e jour avec des doses qui ont varié de 20 à 500 cmc. Des symptômes de paralysie se sont manifestés à partir du 5e jour et ont augmenté jusqu'au 9e pour régresser ensuite un peu. Ce malade a été soigné par Schottmüller qui considère que le sérum « paraît avoir eu une influence favorable ». Dans un second cas, il n'a été administré que 20 cmc le 2e jour et il est apparu au 10e jour une paralysie faciale qui aurait, semble-t-il, été prévenue par une nouvelle injection.

Dans le groupe des 201 malades qui ont été traités après le début de la paralysie, il en est 25 qui sont morts et, dans 148 cas, le sérum n'a paru avoir aucun effet. Dans 28 cas, enfin, le traitement aurait déterminé une régression plus ou moins marquée des paralysies. Mais S. et K. remarquent que cette régression s'observe souvent spontanément.

A ce sujet, S. et K. discutent les opinions émises par Kramer et par Park pour qui le sérum de convalescent, ne modifierait pas l'évolution de la maladie. Pour eux, les malades observés et soignés à la période préparalytique ne peuvent pas être considérés comme atteints d'une forme atténuée. D'ailleurs, il a été observé, même par les deux auteurs américains, que le sérum de convalescent détermine parfois une amélioration considérable dans l'état du malade. K. et S. recommandent donc de créer, en Allemagne, une organisation analogue à celle qui existe au Canada.

P.-E. Morhardt.

G. Haselhorst et **E. Mertens.** ***Les effets du savon sur le sang dans les vaisseaux sanguins*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 25, 23 Juin 1934). — H. et M. ont étudié l'action du savon introduit dans la circulation comme le fait se produit au cours de l'avortement provoqué par certaines pommades ou pâtes introduites dans l'utérus. La méthode a consisté à injecter, dans les veines jugulaires de chiennes, des solutions de savon noir à 5 pour 100 à des doses variant de 0,12 à 0,28 gr. par kilogramme de poids du corps. Il a été observé, d'une façon très constante, une hémolyse sévère; en outre, on a constaté l'apparition de méthémoglobine qui survient au bout de 10 minutes et qui ne disparaît qu'au bout de 49 heures. L'hématine a été retrouvée trois fois sur six. Mais il est difficile de dépister cette substance, en présence d'oxyhémoglobine.

Dans l'urine, on a retrouvé parfois de petites quantités d'albumine et une forte proportion d'oxyhémoglobine. Le sédiment contenait des érythrocytes et des cylindres en voie de désintégration.

En cas de soupçon d'intoxication par le savon, l'examen du sang et de l'urine doit donc être pratiqué aussi vite que possible.

P.-E. Morhardt.

B. Purjesz. ***Une nouvelle épreuve de la sécrétion gastrique au moyen de l'alizarine.*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 25, 23 Juin 1934). — On sait que les poumons, les reins, le foie et les intestins jouent un rôle important dans la régulation de l'équilibre acide-base. C'est ce qui explique que la mesure de la tension alvéolaire de CO^2 ait pu être utilisée pour déterminer indirectement la proportion d'acide qui passe dans l'estomac au cours de la digestion. Dans le même but, on a étudié les variations du *pu* urinaire. Mais ces méthodes sont d'une application assez compliquée. Aussi P. a-t-il essayé de les simplifier en administrant en même temps qu'un repas d'épreuve



WICKHAM
WICKHAM
WICKHAM



à l'alcool, 20 centigr. d'alizarine dissous dans 300 gr. d'eau distillée et 15 gr. d'alcool.

En cas d'acidité normale ou d'hyperacidité, l'urine apparaît dans ces conditions, colorée en rouge du fait des modifications du pH provoquées par la sécrétion gastrique. En cas d'achlorhydrie, par contre, la coloration rouge n'apparaît pas. Mais alors l'injection d'histamine en augmentant la sécrétion gastrique fait apparaître des urines rouges.

Cependant, il y a lieu de noter que la richesse en mucine du contenu intestinal agit indirectement sur la coloration de l'urine en empêchant parfois la couleur rouge d'apparaître. De même le poids spécifique de l'urine a une influence.

Après ce repas d'épreuve, l'urine reste jaune en cas d'anémie pernicieuse. Cette méthode peut donc, d'après P., être utilisée pour apprécier l'activité sécrétrice de l'estomac.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

B. Misske et **A. Sylla** (Halle). ***Action de la diiodothyrosine sur la circulation*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 25, 22 Juin 1934). — A la suite d'un traitement par la diiodothyrosine, M. et S. ont observé une diminution notable de la fréquence du rythme cardiaque avec diminution de l'excitabilité sinusale.

M. et S. ont ainsi amélioré des tachycardies dues à de l'hyperthyroïdie. Ils recommandent surtout d'utiliser la diiodothyrosine dans le traitement d'une fibrillation auriculaire déterminée par un goitre exophtalmique. On obtient alors des résultats satisfaisants et très rapides.

M. et S. donnent 1 centigr. de diiodothyrosine 3 fois par jour lorsque le métabolisme de base est augmenté de plus de 60 pour 100. Si le métabolisme basal n'est augmenté que de 40 à 60 pour 100, les 2/3 de la dose suffisent.

Si le métabolisme basal n'est pas augmenté de plus de 40 pour 100, on se contentera du 1/3 de la dose. Il faut continuer le traitement pendant trois semaines à moins que le métabolisme basal ne baisse rapidement; dans ce cas on donnera 1/6 de dose avec interruption tous les 4 jours. Cependant, on ne peut fixer de traitement individuel, celui-ci devant être constamment contrôlé par le métabolisme basal.

Guy Hausser.

W. Liebscher (Vienne). ***Intoxication aiguë par le phosphore*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 25, 22 Juin 1934). — L. rapporte le cas d'une jeune fille qui, pour se suicider, avait pris au moins 10 gr. de bouillie contenant 20 pour 100 de phosphore. Le lendemain, elle souffrait de vomissements et de maux de tête. Son état s'aggravait, le 5e jour elle fut transportée à l'hôpital. Le 7e jour un ictère apparut; le foie était fortement atrophié.

L'état alla en s'aggravant jusqu'au 18e jour avec anesthésie presque complète de la peau et des muqueuses et pertes de connaissance prolongées.

Alors une amélioration commença à se manifester. Les symptômes s'amendèrent, l'atrophie aiguë du foie régressa lentement et 2 mois après la guérison était complète.

La thérapeutique consista en administration de sucre de raisin, en injections intra-veineuses d'insuline et en un régime diététique approprié.

Le bon résultat obtenu montre qu'une intoxication par le phosphore n'est pas forcément mortelle, même si le sujet a pris une dose considérée comme suffisante pour déterminer la mort.

Guy Hausser.

K. Paschkis et **A. Schwoner** (Vienne). ***Action de l'adrénaline sur la moelle osseuse*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 27, 6 Juillet 1934). — P. et S. ont fait des injections sous-cutanées d'adrénaline de 1 milligr. à des sujets sains. Ils ont remarqué une augmentation des réticulocytes allant jusqu'à 150 pour 100, 30 à 45 minutes après l'injection dans le sang. Cette augmentation disparaissait en 1 à 2 heures.

L'adrénaline exercerait donc une influence sur l'hématopoïèse.

On réduit la production des réticulocytes dans les expériences ci-dessus en injectant en même temps de l'ergotamine, ce qui semble démontrer que l'adrénaline agit par voie sympathique.

Au contraire après l'injection d'atropine les réticulocytes étaient plus nombreux qu'après l'adrénaline seule.

Enfin l'augmentation des réticulocytes était diminuée chez les malades anémiques. Elle a été normale chez les sujets splénectomisés.

Guy Hausser.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
(Leipzig)

E. Moretti (Varese). ***L'hypotension orthostatique*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LV, n° 23, 9 Juin 1934). — M. relate un cas de cette curieuse affection qui atteint surtout des hommes, ayant d'ordinaire dépassé 40 ans, sans passé pathologique particulier, et qui se manifeste, après une station debout plus ou moins prolongée, par une obnubilation de la vue, du vertige, des bourdonnements d'oreilles, du malaise général et une envie irrésistible de se mettre dans la position horizontale qui fait cesser rapidement les troubles. Ceux-ci vont souvent jusqu'à la lipothymie et à la perte de connaissance. Ils s'accompagnent d'une chute brutale et marquée de la pression artérielle qui remonte rapidement dès que le patient s'allonge. Par contre, la fréquence du pouls demeure inchangée. Souvent on note encore des troubles de type orthostatique du fonctionnement rénal, de la sécheresse de la peau et une sudation insuffisante, de légers troubles psychiques (fatigabilité rapide, humeur capricieuse).

Le patient de M. avait 65 ans et présentait depuis 4 ans les troubles en question de façon très typique. Pour les faire cesser, il n'avait pas besoin de prendre la position horizontale, il lui suffisait de prendre une position raccourcissant la distance de la tête aux pieds. Les troubles étaient plus accusés en été. La pression artérielle dans le décubitus était très variable s'élevant dans l'après-midi, surtout en hiver. La position verticale la faisait baisser immédiatement avant l'apparition des signes orthostatiques, Mx tombant en quelques minutes à 60 ou 50, tandis que Mn devenait impossible à mesurer. La pression veineuse s'abaissait également dans la station verticale. L'exploration du cœur demeurait absolument négative. Après une amélioration passagère par l'éphédrine et l'ergotamine, on pratiqua l'énervation du sinus carotidien, mais sans succès. L'opération montra un foyer d'athérome à la bifurcation des carotides.

M. attribue cette curieuse affection à un manque d'adaptation à la position verticale, produit par une interruption du mécanisme réflexe neuro-vasculaire normal dont le point de départ se trouve dans les zones vasculo-sensibles et dont le rôle est d'amortir les variations hydrostatiques de la pression, d'une part au moyen de la vasoconstriction produite par des influences nerveuses ou adrénalinogènes qui s'exercent sur tous les territoires vasculaires, à l'exception du cérébro-bulbaire, d'autre part au moyen de la tachycardie orthostatique. L'absence des réflexes carotidiens chez ce malade ainsi que les variations caractéristiques de la pression artérielle plaident en faveur de cette conception pathogénique. L'insensibilité de la zone réflexogène à l'excitation, produite par l'anémie endoartérielle qui est réalisée à son maximum par la station verticale, pourrait constituer la cause première de la déficience du mécanisme réflexe.

P.-L. Marie.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

Fritz Becker. ***Mise en évidence radiologique de cysticerques du cerveau dans des cas de crises d'épilepsie*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIX, fasc. 6, Juin 1934). — B. constate qu'il n'existe encore que peu d'observations radiologiques en ce qui concerne la cysticercose cérébrale et il en rapporte 4 cas; il s'agissait cliniquement de sujets déjà âgés (42, 56, 61, 62 ans) chez lesquels on vit apparaître tardivement, entre 20 et 30 ans, des crises d'épilepsie, cette apparition coïncidant avec la constatation de l'existence d'un tænia.

L'examen radiologique permit de mettre en évidence de nombreux cysticerques calcifiés au niveau des masses musculaires (plus de 3.000 dans un cas), et, dans 3 des cas, l'on put contater, dans la région cérébrale, la présence de nombreuses taches calcifiées qu'il a semblé permis de rapporter très vraisemblablement à l'existence de cysticerques calcifiés. Dans un cas il existait en même temps un ostéome du sinus frontal, et, dans un autre, les masses calcifiées étaient surtout groupées autour de l'artère sylvienne gauche.

B., discutant la voie de propagation des parasites, envisage surtout la voie sanguine et résume les principales données de la cysticercose cérébrale.

Morel Kahn.

ARS MEDICA
(Barcelone)

L. Carrasco. ***Ingestion d'un tube de radium*** (*Ars Medica*, t. X, n° 105, Juin 1934). — Observation d'un malade qui avale, pendant son sommeil, un tube de radium fixé dans ses fosses nasales pour une irradiation locale.

Il fallait craindre la nécrose des parois digestives après un contact de 80 heures en un point. Sous l'écran, on suit la progression du tube dans l'intestin. Quand on a acquis la certitude qu'il avait atteint le cæcum, on le déplace par des manœuvres manuelles, et, à l'aide d'excitants du péristaltisme, on lui fait parcourir toute la longueur du gros intestin. Le malade l'expulse 108 heures après la déglutition accidentelle.

Le chirurgien était prêt à intervenir en cas de fixation et de menace de nécrose. Mais l'observation radiologique continue et les manœuvres externes ont évité l'opération.

G. d'Heucqueville.

LA MEDICINA IBERA
(Madrid)

G. Maranon, J.-A. Collazo et **J. Almela** (*La Medicina Ibera*, t. XVIII, n° 867, 23 Juin 1934). — Le phosphagène, le glycogène et l'acide lactique ont été dosés dans le muscle de sujets diabétiques (fragments de deltoïde prélevés par biopsie) et de chiens ayant subi l'ablation du pancréas.

Le taux du phosphagène diminue en moyenne de 55 à 44 milligr. pour 100 dans le diabète humain, par suite de la diminution de la réserve glycogénique. Et le taux du glycogène s'abaisse de 676 à 422 milligr. pour 100. Le taux de l'acide

lactique est légèrement augmenté. Le taux de l'eau de constitution diminue.

Ces variations corrélatives éclairent le déséquilibre chimique du muscle diabétique : elles expliquent des phénomènes constatés depuis longtemps en clinique, comme la créatinurie et la phosphaturie diabétiques.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

Berta Aschner. ***Un syndrome héréditaire : dystrophie des ongles, absence de la rotule et luxation congénitale de la tête du radius*** (*The Journal of the American medical association*, t. CII, n° 24, 16 Juin 1934). — Dans cet article difficile, A. expose une hypothèse rendant compte de la pathogénie de ce syndrome héréditaire, qui n'est qu'une variante d'un système beaucoup plus fréquent, caractérisé par une dystrophie unguéale et l'absence de la rotule. Pour elle, ce dernier syndrome est dû à la présence dans le même chromosome de deux altérations contiguës, ce qui explique qu'ils peuvent être dus à une même lésion, alors qu'il s'agit de troubles très différents l'un de l'autre. Quant aux éléments moins fréquents de ce syndrome, c'est-à-dire la luxation de la tête du radius, les arthroses variées, la camptodactylie, ils sont liés à des altérations du même chromosome, mais topographiquement il s'agit sans doute de centres plus éloignés, de sorte que leur atteinte simultanée est plus rare.

R. Rivoire.

J. Masserman. ***Action des injections intraveineuses de solutions hypertoniques de dextrose; avec référence particulière à la pression du liquide céphalo-rachidien*** (*The Journal of the American medical association*, t. CII, n° 25, 23 Juin 1934). — Les solutions hypertoniques de sérum sucré sont assez souvent employées pour diminuer la tension intracranienne. M. a entrepris une étude expérimentale pour vérifier la réalité de cette baisse de tension, et pour constater s'il n'existait pas ultérieurement une hypertension réactionnelle. A la concentration de 20 à 35 pour 100, pour un volume total de 100 à 200 gr. de glucose, les solutions injectées à l'homme sain par voie intraveineuse déterminent une baisse de tension céphalo-rachidienne allant de 26 à 160 mm. d'eau, maxima 1 à 2 heures après l'ingestion. 1 heure ou 2 heures plus tard, la pression rachidienne est revenue à son chiffre normal, mais l'ascension se poursuit pour atteindre une hypertension de 8 à 148 mm. d'eau.

Il semble donc que l'emploi des solutions sucrées hypertoniques dans le traitement de l'hypertension cranienne soit à déconseiller.

R. Rivoire.

E. Eppinger et **S. Levine.** ***Les soins post-opératoires des malades opérés de thyroïdectomie totale*** (*The Journal of the American medical association*, t. CII, n° 25, 23 Juin 1934). — Depuis quelques années, les Américains utilisent volontiers la thyroïdectomie totale dans le traitement de l'angine de poitrine et de l'asystolie irréductible. Si cette intervention semble donner souvent de bons résultats, elle a l'inconvénient de déterminer fatalement l'apparition de myxœdème. Et, si pour soigner ce myxœdème, on administre au patient de l'extrait thyroïdien, on fait reparaître les symptômes cardio-vasculaires initiaux. La question des soins post-opératoires est donc ici particulièrement importante et délicate. E. et L. ont observé qu'en donnant une très faible dose d'extrait thyroïdien (15 à 30 milligr. par jour) à ces malades les symptômes de myxœdème disparaissaient tout en laissant une nette diminution du métabolisme basal (— 20 pour 100 en moyenne). Il semble, en effet, que le myxœdème post-opératoire soit beaucoup plus sensible à la médication thyroïdienne que le myxœdème spontané.

Quant à la tétanie, qui peut s'observer en cas d'ablation accidentelle des parathyroïdes, E. et L. n'en ont vu jusqu'à présent que des formes légères, contrôlées aisément par le calcium et la vitamine D.

R. Rivoire.

H. Biegeleiren. ***La télangiectasie des variqueux; traitement par une technique de micro-injection*** (*The Journal of the American medical association*, t. CII, n° 25, 23 Juin 1934). — Les télangiectasies, qui accompagnent presque constamment les varices, ne sont d'ordinaire pas modifiées par les injections sclérosantes habituelles. Aussi B. a-t-il mis au point une technique de micro-injection, capable de faire disparaître rapidement et complètement cette très disgracieuse infirmité. La technique, délicate, consiste en une injection intracapillaire d'un caustique faible, avec loupe binoculaire et aiguille extrêmement fine. Les détails sont exposés longuement dans cet article, auquel nous renvoyons le spécialiste intéressé.

R. Rivoire.

A. Werner, G. Johns, E. Hoctor, L. Kohler et **M. Weiss.** ***La mélancolie de la ménopause : étiologie probable et traitement*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 1, 7 Juillet 1934). — La mélancolie de la ménopause, qui, du point de vue pychiatrique pur, ne se distingue guère des syndromes maniaco-dépressifs, en diffère étiologiquement en ce qu'elle survient au moment de la ménopause, c'est-à-dire à une période de la vie caractérisée par un bouleversement des sécrétions hormonales, ce qui rend vraisemblable son origine endocrinienne ; ou, tout au moins, que les troubles endocriniens favorisent son apparition en créant un terrain propice.

En partant des notions physiologiques aujourd'hui bien connues, qui montrent que la ménopause est due à un arrêt spontané du fonctionnement de l'ovaire, qui détermine une hypersécrétion réactionnelle de gonado-stimuline hypophysaire, W., J., H., K. et W. ont cherché à rétablir l'équilibre endocrinien en administrant à des femmes atteintes de mélancolie climatérique de fortes doses de folliculine cristallisée. Il semble que ce traitement leur ait donné d'assez nombreux succès, difficiles cependant à interpréter du fait que ce syndrome mental a une tendance assez fréquente à la guérison spontanée. La thérapeutique étant parfaitement logique, il est certain que ces essais doivent être multipliés en utilisant de plus fortes doses.

R. Rivoire.

E. Cannady et **J. O'Hare.** ***Les lésions rétiniennes dans la néphrite glomérulaire chronique*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 1, 7 Juillet 1934). — C. et O'H. ont entrepris à la clinique des maladies rénales du *Peter Bent Hospital* une étude très complète des complications rétiniennes de la néphrite chronique. Pour cela, ils ont choisi 32 malades atteints de cette affection, dont le fond d'œil était normal, et ils ont suivi l'apparition des lésions rétiniennes par de fréquents examens ophtalmoscopiques pendant une période allant de 6 mois à 14 ans. Grâce à cette méthode lente mais sûre, ils ont pu observer les premiers symptômes de la lésion et leur évolution, et aussi tirer des conclusions intéressantes pour le pronostic vital. Voici quelles sont les conclusions de cette étude :

1° Dans presque tous les cas, des lésions rétiniennes surviennent avant la mort.

2° Il est impossible de faire par l'examen ophtalmoscopique un diagnostic entre la néphrite chronique et l'hypertension essentielle, car dans la néphrite on peut observer aussi bien des lésions artériosclérotiques que des lésions hypertensives.

3° L'hypertension artérielle est presque toujours la cause essentielle des lésions rétiniennes : le plus souvent, le début de la maladie est précédé d'une poussée hypertensive.

4° L'apparition d'une rétinopathie chez un brightique indique d'ordinaire la fin prochaine : celle-ci survient en général 6 à 7 mois plus tard.

R. Rivoire.

A. Gutman, P. Swenson et **W. Parsons.** ***Le diagnostic différentiel de l'hyperparathyroïdisme*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 2, 14 Juillet 1934). — Dans cet intéressant article, à propos de 4 nouveaux cas d'ostéose parathyroïdienne, G., S. et P. passent en revue le diagnostic et les symptômes de cette affection, en s'appuyant sur les 115 cas qu'ils ont pu réunir dans la littérature. Du point de vue clinique, ils insistent sur l'importance du facteur douleur, qui est presque toujours le premier symptôme, et particulièrement sur la douleur de colique néphrétique, qui s'observe dans 10 pour 100 des cas comme symptôme d'alarme.

Du point de vue biologique, le facteur essentiel, outre l'augmentation du calcium et la diminution du phosphore sanguin et la balance positive pour ces deux éléments, est pour l'auteur l'augmentation de la phosphatase sanguine, qui ne s'observe pas dans les tumeurs malignes des os.

Du point de vue radiologique enfin, G., S. et P. insistent sur la décalcification globale des os, parfois surtout marquée au crâne, avec aspect moucheté des ombres, qui est le plus précoce des symptômes radiologiques.

R. Rivoire.

S. Colin. ***L'hormone placentaire (Prolan) dans le traitement de l'ectopie testiculaire*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 2, 14 Juillet 1934). — Depuis que Engle a décrit la production expérimentale de la descente testiculaire chez les singes impubères par le prolan, plusieurs auteurs ont essayé d'appliquer cette réaction au traitement de l'ectopie testiculaire chez l'homme.

C. a traité ainsi 4 enfants d'apparence normale par des injections sous-cutanées de 1 cmc d'antuitrine S, 2 fois par semaine, jusqu'à concurrence de 10 injections. Dans 3 cas, la descente des testicules se fit rapidement et complètement ; le 4ᵉ cas présenta des signes d'obstruction mécanique et dut être opéré.

Etant donné que plusieurs auteurs ont déjà signalé des résultats analogues, il ne fait pas de doute que cette thérapeutique soit destinée bientôt à supplanter la chirurgie dans les cas d'ectopie simple, sans obstruction.

R. Rivoire.

P. White, E. Joslin et **G. Pincus.** ***L'hérédité du diabète*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 2, 14 Juillet 1934). — Partisans et adversaires de l'hérédité du diabète continuent à s'affronter. Dans ce court article, W., J. et P. apportent des arguments de poids à la théorie de l'hérédité. En premier lieu, ils ont recherché parmi leurs malades diabétiques ceux qui avaient donné le jour à des jumeaux, et constatèrent que parmi ces 41 groupes de jumeaux, 70 pour 100 des univitellins étaient tous deux atteints de diabète, contre 16 pour 100 seulement pour les plurivitellins. Ils ont, d'autre part, constaté, à la suite d'une enquête longue et minutieuse,

que le diabète s'observait 10 fois plus souvent parmi les frères et sœurs de diabétique que dans un groupe contrôle. Enfin, en étudiant un groupe de cas, ils ont trouvé que la proportion mendelienne du type récessif simple était vérifiée de façon presque parfaite, en ne tenant compte que des diabètes vrais et non pas des hyperglycémies légères.

R. Rivoire.

H. Michelson et **C. Lajemon.** ***La nécrobiose lipoïdique diabétique d'Urbach (Dermatite atrophiante lipoïde des diabétiques d'Oppenheim)*** [*The Journal of the American medical association*, vol. CIII, n° 3, 21 Juillet 1934]. M. et L. font, à propos de quelques cas personnels, une étude d'ensemble de cette maladie peu connue, frappant les diabétiques; il s'agit d'une dystrophie cutanée, fréquente surtout aux chevilles, qui est histologiquement une infiltration plus ou moins lipoïdique du derme, avec quelques signes d'inflammation et de sclérose. La pathogénie de cette affection est tout à fait inconnue. Contrairement à la plupart des auteurs, qui en font une parente proche du xanthome, M. et L. pensent qu'il s'agit d'une forme atténuée de gangrène diabétique.

R. Rivoire.

N. Sidel. ***Un cas d'intoxication par le dinitrophénol s'accompagnant d'un ictère*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 4, 28 Juillet 1934). — Encore une observation d'intoxication dinitrophénique. Cette fois, il s'agit d'un ictère par hépatite, ictère intense avec présence de pigments biliaires dans les urines, survenu après absorption de 40 centigr. de la drogue chaque jour pendant une quinzaine. Après un début par une crise violente d'urticaire, un ictère intense apparut, accompagné d'une augmentation douloureuse du volume du foie. Cet ictère s'atténua lentement, et, 9 semaines après son début, il était encore visible.

Contrairement aux dires de ses promoteurs, le dinitrophénol n'est pas seulement un stimulant métabolique général: c'est aussi un poison hépatique, aux doses thérapeutiques, au moins chez certains sujets, ainsi que le prouve cette observation.

R. Rivoire.

S. Boher. ***Angine agranulocytaire après ingestion de dinitrophénol*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 4, 28 Juillet 1934). — Au cours des derniers mois, la littérature médicale américaine a été encombrée d'observations relatant des réactions fâcheuses survenues après ingestion de dinitrophénol. Parmi celles-ci, l'agranulocytose semble la plus grave et assez fréquente.

B. rapporte une observation d'agranulocytose survenue après ingestion de 21 gr. de dinitrophénol en 4 mois, à la dose quotidienne de 20 à 30 centigr., soit un dosage plutôt faible.

A la suite d'une transfusion et de l'injection de pentonucléotide, la guérison survint en 10 jours.

Fait intéressant à noter, la malade avait perdu près de 9 kilogr. par le simple régime avant de commencer le traitement par le dinitrophénol; alors que, pendant les 4 mois de ce traitement, elle ne subit aucune perte de poids jusqu'au début de son agranulocytose.

R. Rivoire.

H. Saltzstein. ***Injection intrarachidienne d'alcool absolu pour le traitement des douleurs des cancéreux avancés*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 4, 28 Juillet 1934). — La méthode proposée par S. semble d'un grand intérêt, parce que de réalisation plus facile et, semble-t-il, donnant de meilleurs résultats pour le traitement des douleurs des cancéreux que les diverses interventions chirurgicales palliatives indiquées dans ce but. La technique est simple: le malade étant couché sur le côté opposé à celui dont il souffre, une ponction est faite au niveau du 1er espace lombaire, et 0 cmc 2 à 1 cmc d'alcool absolu injecté goutte à goutte dans la cavité arachnoïdienne à l'aide d'une seringue de Barthélemy. Le patient reste 1/2 heure dans cette position, puis 2 heures sur le dos.

En général, la disparition des douleurs s'observe au cours même de la ponction; parfois, quelques jours plus tard seulement. Au bout de 15 jours, si l'anesthésie totale n'est pas obtenue, on répète l'injection en plaçant le malade de l'autre côté.

Cette injection ne détermine que des effets moteurs assez faibles: parfois une légère parésie des membres inférieurs. Quelquefois survient une réaction méningée de courte durée. La durée de l'anesthésie ainsi obtenue est d'ordinaire de 6 mois environ.

R. Rivoire.

B. Bradhey et **M. Levarshy.** ***La gêne de la déglutition dans la poliomyélite aiguë épidémique*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 4, 28 Juillet 1934). — La gêne de la déglutition s'observe fréquemment dans la poliomyélite. Parmi les 123 malades hospitalisés pour cette affection à l'hôpital Parker de Mont-Vernon, en 1933, 87 présentaient ce symptôme. Cette gêne de la déglutition allait de la simple régurgitation nasale de courte durée à l'impossibilité complète d'avaler pendant 71 jours; mais la plupart de ces malades n'eurent qu'une gêne de la déglutition d'une semaine en moyenne. Le traitement des cas prolongés est délicat: administration parentérale de liquide, gavage par un tube de Levin laissé en place plusieurs jours. Mais le pronostic est cependant bon, puisque les 5 malades le plus gravement atteints sont actuellement complètement guéris.

R. Rivoire.

S. Aberle et **R. Jenkins.** ***Ectopie testiculaire chez l'homme et le singe, traitée par le prolan*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 5, 4 Août 1934). — A. et J. ont obtenu 2 succès sur 4 cas d'ectopie testiculaire humaine, à l'aide de doses de prolan variant de 1.700 à 4.500 unités-rat. Le traitement détermina en outre dans tous les cas une hypertrophie du scrotum et des testicules, et, dans 1 cas, une croissance du pénis.

En outre, A. et J. ont cherché à reproduire les expériences de Engle chez le singe impubère: ils n'ont pu obtenir la descente testiculaire que dans 1 cas sur 5; dans les 4 autres cas, la descente fut seulement partielle, à cause d'une brièveté du fascia spermatique.

L'examen histologique des testicules des singes traités révéla un élargissement net des tubes séminifères, un accroissement du tissu interstitiel, mais pas de maturation spermatique. En outre, il existait dans tous les cas un degré variable d'hypertrophie de la prostate et des vésicules séminales.

R. Rivoire.

I. Wright et **D. Moffat.** ***L'action du tabac sur le système vasculaire périphérique : nouvelles recherches*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 5, 4 Août 1934). — Étant donné le rôle étiologique possible du tabac dans l'angine de poitrine et la thrombo-angéite oblitérante, les recherches sur l'action vaso-motrice du tabac sont toujours intéressantes. A la suite de recherches minutieuses, les auteurs ont obervé les résultats suivants, consécutifs à la fumée d'une cigarette, dans la grande majorité des sujets normaux: diminution de la température superficielle des doigts, de 5° en moyenne; ralentissement ou arrêt de la circulation capillaire au même endroit.

Cette action est aussi nette avec le tabac dénicotinisé qu'avec le tabac ordinaire. Et il n'y a aucun rapport entre la sensibilité dermique du sujet à la nicotine ou au tabac et l'importance de la chute de température périphérique.

Il semble que l'agent toxique responsable de ces effets vaso-moteurs soit la nicotine, bien que la preuve n'en soit pas encore absolue.

R. Rivoire.

B. Goodman. ***Mastite gargantuesque : un cas peu commun d'hyperplasie mammaire de la puberté*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 5, 4 Août 1934). — Une extraordinaire observation d'hyperplasie mammaire juvénile. Il s'agit d'une fille de 14 ans affligée d'une poitrine du poids total de 20 kilogr. (11 kilogr. 800 pour le sein droit, 7 kilogr. 100 pour le sein gauche). L'ablation chirurgicale fut faite sans dommage. L'examen histologique des seins montra une hyperplasie mammaire banale, avec quelques fibro-adénomes.

Un fait intéressant et curieux: la malade, après l'opération, tomba à la renverse à la première levée, et ne put retrouver son équilibre qu'au bout de quelques jours.

R. Rivoire.

J. Camura. ***Culture du virus de la lymphogranulomatose inguinale, et son utilisation en thérapeutique*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 6, 11 Août 1934). — C. annonce qu'il a réussi à cultiver le virus de la lympho-granulomatose en utilisant le milieu de Maitland, Laing et Lyth, qui a déjà permis la culture du virus vaccinal. La culture ainsi obtenue a donné une réaction de Frei positive à des malades atteints de lymphogranulomatose. Des repiquages ont été réalisés.

Le virus filtre à travers un filtre N de Berkefeld. Injecté au cobaye, il détermine une lymphadénite analogue à celle obtenue par inoculation de pus lymphogranulomateux. C. a même préparé un vaccin, qui aurait donné d'excellents résultats dans 8 cas de lymphogranulomatose humaine.

R. Rivoire.

R. Frantz, M. Goldberger et **F. Spielman.** ***Le diagnostic et la thérapeutique endocrinienne à l'heure actuelle : analyse critique basée sur des dosages d'hormone chez la femme*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 6, 11 Août 1934). — Un article stérilisant : F., G. et S. critiquent les résultats obtenus dans le traitement de certains troubles menstruels par l'opothérapie par d'autres auteurs, en citant des cas de guérison spontanés. Si la critique de certains enthousiasmes excessifs est utile, elle ne doit pas dépasser la mesure sous peine de devenir néfaste en décourageant la recherche.

Par contre, la partie clinique et diagnostique de cette étude présente un intérêt évident: en particulier les schémas hormonaux de la menstruation normale et de certaines anomalies des règles.

R. Rivoire.

C. Rhoods et **D. Miller.** ***Thérapeutique de la sprue par l'extrait hépatique à fortes doses*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 6, 11 Août 1934). — La sprue est une maladie peu connue qui présente une parenté indiscutable avec l'anémie pernicieuse. Comme cette dernière affection, la sprue est améliorée considérablement par l'extrait hépatique, mais il semblait exister des cas hépato-résistants : aussi R. et M. ont-ils utilisé pour le traitement de ces formes les injections d'extrait hépatique à des doses très supérieures à celles utilisées ordinairement dans l'ané-



GOUTTES I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ RENNES (France)

mie pernicieuse. Ils ont vu dans ces conditions rétrocéder les symptômes de la maladie.

Il semble que la sprue nécessite parfois de plus fortes doses d'extrait de foie que l'anémie pernicieuse. Il semble aussi que le facteur déficient ne soit pas le même que celui responsable de l'anémie pernicieuse, car les extraits trop purifiés ne leur ont donné que des résultats inférieurs à ceux obtenus avec les extraits bruts.

R. Rivoire.

E. Davidson et **M. Shapiro.** ***Agranulocytose due au dinitrophénol, guérie par les pentonucléotides et la crème de leucocytes*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 7, 18 Août 1934). — Histoire d'une femme obèse de 31 ans, qui, après avoir absorbé 6 gr. de dinitrophénol en 20 jours, soit à peu près 30 centigr. par jour (dose thérapeutique habituelle : 30 à 60 centigr. par jour), fit une sévère agranulocytose, guérie cependant en trois mois à la suite de l'administration de pentonucléotides et de crème de leucocytes (leucocytes centrifugés à partir de sang humain frais). Cette agranulocytose présenta comme symptôme particulier une augmentation des leucocytes basophiles (10 pour 100 environ). L'agranulocytose n'est pas une complication exceptionnelle au cours du traitement par le dinitrophénol; plusieurs cas en ont été déjà publiés, survenus au cours d'un traitement à doses normales. Il faut donc faire systématiquement des numérations sanguines aux malades ainsi traités.

R. Rivoire.

H. Brown. ***Les parasites intestinaux aux Etats-Unis : leur diagnostic et leur traitement*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 9, 1er Septembre 1934). — Dans ce très gros et très important article, B. fait une revue générale très complète du diagnostic et des traitements modernes des helminthiases, sujet bien ignoré de la plupart des médecins non spécialisés. Si certains parasites, tels que le Hokworm (necator americanus) ou le strongyloïdes stercoralis ou le trichinella spiralis, intéressent surtout les Américains, il est toute une partie de cet article d'un intérêt plus général. Citons en particulier le traitement de l'ascaris par l'hexylresorcinol et l'huile de chenopodium, celui des oxyures par l'hexylresorcinol, celui du tænia par le tétrachlorure de carbone. B. insiste particulièrement sur les indications et les contre-indications de ces divers remèdes, sur les accidents possibles. Nous conseillons vivement la lecture de cet article, impossible à résumer.

R. Rivoire.

J. Aikman. ***Le problème de l'empoisonnement accidentel des enfants*** (*The Journal of the American medical association*, t. CIII, n° 9, 1er Septembre 1934). — D'après A., plus de 500 enfants meurent chaque année aux Etats-Unis d'empoisonnement accidentel : la moitié pendant la 2e année, le tiers pendant la 3e année. Il semble qu'il s'agisse là d'un problème social dont on a trop jusqu'ici méconnu l'existence. Le diagnostic de ces intoxications accidentelles est souvent difficile; aussi beaucoup de cas passent inaperçus et ne sont pas traités. Parmi les toxiques responsables de ces accidents, une place à part doit être faite, du moins en Amérique, à certaines pastilles toniques brillamment colorées, qui contiennent une quantité de strychnine suffisante pour tuer un enfant.

A. suggère une série de moyens qui seraient capables, selon lui, de diminuer la fréquence des intoxications accidentelles de l'enfant.

R. Rivoire.

ANNALS OF SURGERY *(Philadelphie)*

T. M. Downs. ***Le sinus carotidien comme facteur étiologique de la mort subite au cours de l'anesthésie*** (*Annals of Surgery*, t. XCIX, n° 6, Juin 1934). — D. a observé un cas de mort par arrêt brusque de la respiration, suivi d'arrêt du cœur une heure et demie plus tard, au cours d'une opération de cancer du sein, qui durait depuis 45 minutes, sous-anesthésie au protoxyde d'azote et à l'oxygène. Il connaît 6 cas analogues de mort subite au cours d'anesthésie au protoxyde d'azote pour des opérations banales. Toutes les thérapeutiques avaient échoué.

Après avoir éliminé toutes les causes possibles de ces accidents, D. en vient à incriminer un phénomène réflexe dont le point de départ serait le sinus carotidien, dilatation située à l'origine de la carotide interne. Il a vérifié cette théorie par l'expérimentation chez le chien. L'excitation du sinus carotidien ou de ses nerfs entraîne l'arrêt de la respiration, lorsque l'anesthésie au protoxyde a duré au moins 20 minutes, et chez certains sujets présentant une idiosyncrasie personnelle.

Il conseille, au cours de l'anesthésie au protoxyde, d'éviter soigneusement toute pression au niveau du sinus carotidien, pression faite inconsciemment, quand on cherche à relever l'angle du maxillaire; d'ajouter au protoxyde l'inhalation d'éther, qui diminue la sensibilité du sinus, contrairement au chloroforme; enfin, s'il y a un accident, d'utiliser longuement la respiration artificielle à l'aide d'un appareil mécanique.

M. Guimbellot.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY *(Tokio)*

Kyuzo Ijichi. ***Le fonctionnement du foie dans les dermatoses*** (*The japanese Journal of dermatology and urology*, t. XXXV, n° 6, Juin 1934). — Pour se rendre compte de l'état de fonctionnement du foie dans les diverses dermatoses, on peut recourir à diverses réactions : épreuve du glucose, la réaction de Widal, la réaction de l'urobiline et de l'urobilinogène dans les urines.

Quand l'*eczéma* est chronique et quand il est étendu, on note un trouble de fonctionnement du foie, d'autant plus marqué que l'eczéma est étendu.

Le foie est toujours touché dans les *érythèmes salvarsaniques*, l'atteinte est d'ailleurs proportionnelle à la gravité de l'état général et de l'exanthème.

Dans le psoriasis, I. a constaté habituellement des altérations du fonctionnement du foie, et il soupçonne une certaine relation entre le foie et le psoriasis.

Dans l'*urticaire* chronique, le foie est également touché, et la réaction de Widal est souvent fortement +. Il en est de même dans l'*érythrodermie exfoliatrice*. Chez un malade qui succomba, on trouva à l'autopsie un foie lobé très accentué.

Dans les dermatoses s'accompagnant de troubles du fonctionnement hépatique, I. conseille d'injecter sous la peau ou dans les veines des préparations de foie, de l'insuline avec du glucose, de l'hyposulfite de soude; il a souvent observé de bons résultats par cette thérapeutique.

R. Burnier.

Mori. ***Un cas de leucodermie acquise centrifuge*** (*The japanese Journal of dermatology and urology*, t. XXXV, n° 6, Juin 1934). — A propos d'un cas personnel observé chez un homme de 25 ans, M. a rassemblé dans la littérature 18 cas de l'affection rare décrite par Sutton, et qui se caractérise par une leucodermie arrondie ou elliptique, grande comme une lentille ou une paume de main, unique ou multiple et centrée par un nævus pigmentaire brunâtre.

L'homme est plus souvent atteint (72, 2 pour 100) que la femme (27,8 pour 100), surtout de 15 à 30 ans (60 pour 100).

La lésion siège surtout sur le dos, le ventre, l'épaule, le cou, la face; parfois elle est disséminée sur tout le corps.

L'achromie n'est pas aussi intense que dans la vitiligo vulgaire; à la bordure, il existe parfois une hyperpigmentation comme dans le vitiligo; au lieu du nævus pigmentaire central, on a observé un fibrome ou une verrue sénile.

Les muqueuses ne sont jamais atteintes. Pas de troubles subjectifs.

La leucodermie ne réagit pas aux rayons ultra-violets, contrairement au vitiligo.

La pathogénie est inconnue.

R. Burnier.

Tominaga, Harada et **Hashimoto.** ***Un cas de pseudoxanthome élastique combiné avec des granulations tuberculoïdes*** (*The japanese Journal of dermatology and urology*, t. XXXVI, n° 1, Juillet 1934). — T., H. et H. ont observé un cas analogue à celui que Welti décrivit en 1931 : un pseudo-xanthome élastique combiné à des formations histologiques de granulations tuberculoïdes.

Un homme de 25 ans, tuberculeux pulmonaire avec Pirquet et Mantoux positif et sucre dans les urines, présente sur l'abdomen, les aines, la face interne des cuisses, la face antérieure du cou des lésions typiques de pseudoxanthome élastique : aspect jaune lilas de la peau avec épaississement, mollesse et relâchement de la peau en certains points.

Mais au cou, on note l'existence de papules grosses comme une tête d'épingle à une lentille, de teinte jaune pâle ou ivoirine, entre lesquelles la peau blanchâtre paraît atrophique et cicatricielle.

Histologiquement, on note une dégénérescence du tissu élastique des parties profondes du chorion (*elastorrhexis* de Darier).

Mais à côté de ces lésions classiques, on trouve des granulations tuberculeuses, formées de cellules épithélioïdes, de lymphocytes et de cellules géantes ; dans celles-ci on voit des bâtonnets droits ou sinueux, qui prennent la coloration de l'élastine.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

R. Turpin. ***Les propriétés allergisantes du vaccin BCG*** (*Le Progrès médical*, t. XLI, n° 26, 30 Juin 1934). — Si l'on pratique chaque trimestre la cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants vaccinés dès leur naissance par les 3 injections recommandées de BCG et élevés dans un milieu indemne de tuberculose, on constate que les réactions sont inconstantes (18 pour 100 en moyenne au cours de la première année). Les réactions sont peu intenses, jamais papulo-œdémateuses ni phlycténulaires ; elles sont tardives, maximum aux environs du 9e mois. Elles sont éphémères, le pourcentage de cuti-réactions positives s'abaisse au cours de la première année, il s'élève ensuite atteignant 30 pour 100 à la fin de la deuxième année, 32 pour 100 à 3 ans et 1/2.

En milieu douteux, les cuti-réactions positives sont rencontrées dans la proportion de 21 pour 100 à 6 mois, 17 pour 100 à un an, 42 pour 100 à 2 ans, 48 pour 100 à 4 ans. Il n'est pas douteux que des contacts tuberculeux virulents interviennent et élèvent le pourcentage à partir de la troisième année.

En milieu tuberculeux, les réactions allergiques sont plus nombreuses, plus précoces, plus intenses et plus durables (à 3 mois, 16 pour 100, à 6 mois, 28 pour 100, à 9 mois, 22 pour 100, à un an 1/2, 50 pour 100, à 5 ans, elles dépassent 70 pour 100). Le vaccin est si peu coutumier d'une réaction phlycténulaire ou même papulo-œdémateuse que ce type de réaction est en général une preuve d'infection secondaire par bacille virulent.

Avec l'intra-dermo-réaction ou la réaction transcutanée de Moro-Hamburger, les résultats ne sont pas toujours concordants mais de même ordre. Le nombre des résultats positifs croît en même temps que les probabilités d'infection tuberculeuse virulente.

Après l'injection sous-cutanée de 1/50 à 1/100 de BCG., les réactions allergiques sont beaucoup plus constantes qu'après ingestion. Elles apparaissent après une phase anté-allergique de 4 à 5 semaines.

L'immunité antituberculeuse n'est pas solidaire de l'allergie. Si la réaction tuberculinique positive est à peu près le seul témoin que nous possédions de la réalité de la prémunition, il ne faut pas croire que les non-réagissants ne sont pas porteurs de BCG. et ne sont pas prémunis. Si la mesure de l'allergie tuberculinique ne peut nous renseigner sur la résistance d'un organisme à l'égard des surinfections tuberculeuses, elle donne cependant une preuve indirecte de l'efficacité de la vaccination par le BCG.

Robert Clément.

René Vincent. ***Les septicémies atténuées chroniques décelables*** (*Le Progrès médical*, t. XLI, n° 29, 21 Juillet 1934). — La notion de septicémie chronique est moins précise que celle des septicémies aiguës. Les septicémies basées sur la positivité de l'hémoculture sont rares, mais peut-être existe-t-il des états septicémiques transitoires ou chroniques non révélés par l'hémoculture en raison de l'intermittence ou de la rapidité de la bactériémie, du « tropisme » microbien et de la « focalité ». Pour V. le « tropisme » est le pouvoir qui anime les microbes et leur permet d'atteindre électivement les tissus pour lesquels ils ont une affinité particulière. La « focalité » est l'existence de foyers torpides dissimulés et habituellement méconnus d'où les microbes essaiment d'une façon plus ou moins intermittente. Les foyers siègent surtout dans les sinus, le pharynx, et l'amygdale, les dents et les gencives.

Dans l'intervalle des poussées ou des localisations aiguës ou subaiguës, ces états de septicémies chroniques peuvent être soupçonnés cliniquement : l'asthénie, l'instabilité thermique, un état anémique plus ou moins confirmé et surtout une gingivite en évolution en sont les principaux symptômes. En l'absence d'une hémoculture positive, l'hémoculture gingivale peut donner un renseignement sur le germe responsable.

Les septicémies chroniques avec hémoculture gingivale positive peuvent être rangées en 4 catégories : les infectés avec manifestations pathologiques de l'appareil digestif ; ceux de l'appareil génital ; ceux de cause oto-rhino-laryngologique ; enfin une catégorie de maladies graves avec profonde altération sanguine où le germe a acquis un pouvoir hémolytique parce qu'il s'est réfugié et cantonné dans la moelle osseuse.

La pyorrhée alvéolo-dentaire vraie, inflammatoire et microbienne n'est qu'une des manifestations cliniques de la septicémie chronique, mais elle en est l'une des plus redoutables, parce qu'elle en assure la persistance.

Robert Clément.

B. Jegoroff (Moscou). ***La radiothérapie des endocardites et myocardites*** (*Le Progrès médical*, t. XLI, n° 34, 25 Août 1934). — L'effet des rayons X sur l'inflammation ne paraît pas douteux : de bons résultats ont été obtenus dans des furoncles, des thrombo-phlébites, etc...

L'application de rayons X à la phase terminale de 7 cas d'endocardite lente amena 4 fois une diminution des phénomènes subjectifs : dyspnée, tachycardie, et l'abaissement de la température. La tendance aux rémissions durables des endocardites lentes ne permet aucune conclusion.

Dans l'endocardite rhumatismale, la radiothérapie fut appliquée sur la région du cœur et de l'aorte, à petites doses, par séries de 3 à 4 séances tous les 7 à 10 jours, avec un intervalle d'un mois ou deux entre les séries. Après les séances, plusieurs malades signalaient l'effet calmant de la méthode sur les sensations subjectives : oppression, tachycardie, etc... Objectivement, on peut noter la diminution de la tachycardie, de l'extrasystolie et, dans quelques cas, de la fièvre. Il ne semble pas qu'il y ait à craindre une influence très nuisible des rayons X sur la fonction cardiaque aux doses employées.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Raymond Garcin et **Pierre Halbron.** ***Contribution à l'étude des migraines accompagnées et en particulier de la physiopathologie des migraines ophtalmiques accompagnées*** (*Annales de Médecine*, t. XXXVI, n° 2, Juillet 1934). — La migraine ophtalmique, avec son hémicranie et ses scotomes très particuliers, s'accompagne parfois de troubles sensitifs transitoires dans le domaine des membres ou de la face et de phénomènes aphasiques éphémères. Ces manifestations associées peuvent d'ailleurs accompagner la migraine la plus banale.

G. et H., sur une vingtaine de cas de migraines accompagnées observées dans ces dernières années, en relatent sept observations. L'une est particulièrement instructive, la malade ayant fixé sur le papier les caractères assez précis des troubles visuels dont elle était affligée, ce qui illustre les types de scotomes qu'on peut observer dans la migraine ophtalmique.

Le scotome de la migraine ophtalmique n'est pas un scotome sombre, c'est un scotome nul, une zone de non-vision ; parfois, c'est un scotome scintillant (Charcot) ; on a décrit aussi des scotomes sombres (Jolly). G. et H. analysent soigneusement les divers troubles associés. Puis ils envisagent la physiopathologie des divers symptômes : scotomes, paresthésies et troubles du langage, douleur migraineuse.

L'analyse attentive des différents troubles que présentèrent les malades au cours de leurs accès semble montrer que la multiplicité des angiospasmes est l'éventualité habituelle, et les travaux récents de Bramwell, de Dickerson, revendiquant pour l'artère méningée moyenne l'élément douloureux de la migraine, viennent encore renforcer cette notion, en montrant qu'à côté des branches intracérébrales de la carotide interne le territoire de la carotide externe lui-même semble être intéressé par cette pluie d'étincelles spasmodiques qui caractérisent la migraine accompagnée.

L. Rivet.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Tretiakoff. ***Un syndrome de l'aqueduc de Sylvius*** (*Revue neurologique*, XLIe année, t. II, n° 1, Juillet 1934). — Si le blocage des espaces sous-arachnoïdiens spinaux peut être mis en lumière par des procédés précis et bien connus, ceux-ci donnent des résultats plus aléatoires, moins constants et moins nets quand il s'agit de l'oblitération des voies supérieures cérébrales de la circulation du liquide céphalo-rachidien. T. se basant sur deux observations personnelles décrit un véritable syndrome de l'aqueduc de Sylvius avec oblitération de ce dernier dont les deux symptômes principaux sont la léthargie et l'imperméabilité partielle des voies circulatoires du liquide céphalo-rachidien. Un homme de 52 ans, éthylique, tombe à la suite d'une rixe, dans un état de sommeil léthargique où il reste pendant 9 jours pour tomber dans le coma et mourir. La ponction lombaire montre que la tension, de 17 cm. en position couchée, monte à 25 par compression des jugulaires, à 40 par compression abdominale, tombe à 5 cm. par soustraction de 9 cmc de liquide. L'autopsie montre un hématome de la région temporo-pariétale gauche, et un foyer hémorragique enveloppant de toute part l'aqueduc de Sylvius et détruisant ses parois. L'aire de l'aqueduc est complètement oblitérée par du sang coagulé.

La seconde observation est celle d'une femme de 44 ans qui fit un syndrome méningé avec hémiparésie gauche et paralysie de la IIIe paire droite.

Elle présentait en outre une somnolence à caractère léthargique et la rachicentèse donne les résultats suivants : tension 15 cm., élévation de 5 cm. par le Queckenstedt, ascension à 40 cm. par la compression abdominale; après extraction de 4 cme de liquide la tension tombe à 3 cm., présence de 60 éléments par millimètre cube, en majorité des polynucléaires. L'examen anatomique montre de l'œdème cérébral avec exsudat purulent au niveau de la base recouvrant la protubérance, le bulbe et les hémisphères cérébelleux. Le quatrième ventricule n'est pas dilaté, mais l'aqueduc de Sylvius est oblitéré par des masses gélatineuses. Les ventricules latéraux sont dilatés.

Ces deux observations mettent en lumière l'existence d'un syndrome clinique constitué par la léthargie et le blocage partiel des voies de circulation du liquide céphalo-rachidien. L'association de ces deux symptômes doit éveiller l'idée d'une localisation anatomique avoisinant l'aqueduc de Sylvius.

H. Schaeffer.

REVUE DU RHUMATISME (Paris)

R. Lutembacher. ***Tuberculose et maladie de Bouillaud*** (*Revue du Rhumatisme*, t. I, n° 7, Juillet 1934). — La méconnaissance du germe qui est à l'origine du rhumatisme articulaire aigu n'autorise pas à nier sa nature infectieuse.

Les résultats des recherches bactériologiques récentes suivant la technique de Lœwenstein n'entraînent pas la conviction. A l'aide de cette méthode, on a isolé des bacilles de Koch dans des maladies infectieuses où intervenaient sans conteste le pneumocoque ou le méningocoque. « La présence d'un germe microbien dans l'organisme ne permet pas d'affirmer son intervention nécessaire dans la maladie en cours, ni même sa valeur pathogène. » Il peut d'ailleurs y avoir association des deux maladies.

Cependant, tuberculose et maladie de Bouillaud n'évoluent pas habituellement sur le même terrain. On a depuis longtemps insisté sur l'antagonisme des cardiopathies et de la tuberculose pulmonaire, sauf dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

« Il existe quelques faits exceptionnels d'endocardites végétantes de nature tuberculeuse ayant abouti à des insuffisances valvulaires, mais dans la règle, c'est aux sténoses orificielles que semblent plus particulièrement aboutir l'endocardite tuberculeuse à forme sclérosante. » « Quant aux deux lésions valvulaires les plus fréquentes, les plus caractéristiques séquelles de l'endocardite plastique si particulière à la maladie de Bouillaud, on peut affirmer qu'elles ne sont jamais réalisées par la tuberculose. » Pourquoi, si le bacille tuberculeux intervient dans le rhumatisme aigu, ne trouverait-on pas fréquemment aux autopsies de tuberculeux ces mêmes lésions ?

Robert Clément.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD (Lille)

L. Lemaître et J. Swyngedauw. ***Pathologie du Nucléus pulposus. A propos de quelques observations personnelles*** (*L'Echo médical du Nord*, IIIe S., t. I, n° 24, 17 Juin 1934). — Le Nucléus pulposus est formé par une masse gélatineuse semi-fluide, située au sein du disque inter-vertébral. Il a la forme d'une lentille bi-convexe et constituerait une sorte de rotule élastique autour de laquelle s'effectuent les mouvements de flexion, d'extension et d'inclinaison latérale des corps vertébraux.

Sous l'influence d'une pression exagérée, la substance nucléaire peut être expulsée et faire hernie dans le sein du corps vertébral : hernie nucléaire intra-spongieuse; ou vers le canal médullaire déterminant la formation d'un nodule fibro-cartilagineux de la face postérieure du disque intervertébral.

Les hernies intra-spongieuses peuvent rester muettes ou se manifester par un syndrome douloureux accompagné d'une certaine raideur. Elles resteraient invisibles radiologiquement si le tissu spongieux ne réagissait au bout d'un certain temps par la formation d'une barrière d'ostéite condensante plus opaque aux rayons X. La plupart des cyphoses douloureuses des adolescents seraient le fait de hernies nucléaires intra-spongieuses.

Le nodule fibro-cartilagineux de la face postérieure des disques intervertébraux provoque des troubles de compression radiculo-médullaires presque toujours unilatéraux, réalisant un syndrome de Brown-Séquard presque typique. On relève en outre une ébauche de dissociation albumino-cytologique. L'injection de lipiodol intra-rachidien montre soit un arrêt fixe, soit un simple accrochage momentané. L'extraction chirurgicale du nodule donne de remarquables succès.

Le nucléus peut être en totalité expulsé en arrière, vers le canal rachidien, déterminant occasionnellement un syndrome de compression bulbaire. Ce sont les cyphoses avec rétropulsion nucléaire.

Le nucléus joue également un rôle de premier plan dans les traumatismes de la colonne vertébrale. Il peut défoncer les plateaux vertébraux, être repoussé en arrière, etc..., facilitant les fractures.

Dans certaines affections d'origines diverses, les disques intervertébraux peuvent subir une hypertrophie considérable aux dépens des corps vertébraux, ils prennent alors la forme de lentilles biconvexes, d'où le nom de « disques en boule ».

Les lésions du nucléus pulposus présentent donc une place importante dans la pathologie du rachis. Le traumatisme, en particulier le micro-traumatisme d'effort, jouant un rôle considérable dans leur pathogénie, confère à la plupart de ces affections un réel intérêt médico-légal.

Robert Clément.

LYON CHIRURGICAL (Paris)

C. Angelesco et G. Buzoianu. ***Pathogénie de l'hypotension artérielle dans la rachianesthésie*** (*Lyon Chirurgical*, t. XXXI, n° 4, Juillet-Août 1934). — L'hypotension consécutive à la rachianesthésie varie dans son degré sous l'influence de multiples facteurs : la substance anesthésique, la quantité de cette substance introduite, le niveau de l'injection rachidienne, la diffusibilité du liquide anesthésique, l'état antérieur de la tension artérielle. Cette tension artérielle est elle aussi le résultat de l'action de nombreux facteurs; cardiaque, vasculaire, neuro-végétatif, endocrinien, lacunaire et rénal. La rachianesthésie agit surtout sur le facteur vasculaire par l'intermédiaire du facteur neuro-végétatif et cela dans le sens de l'hypotension, parce qu'elle paralyse surtout les centres sympathiques médullaires hypertenseurs dorsaux et lombaires, laissant la prééminence aux centres parasympathiques hypotenseurs bulbo-craniens qu'elle n'atteint pas. L'hypotension fait donc partie intégrante de la rachianesthésie qui la produit comme elle produit l'abolition de la sensibilité et de la motricité réflexe et volontaire. Elle ne pourrait être évitée que grâce à un progrès chimique qui donnerait un nouvel anesthésique lombaire sans action hypo-amphotonique sur les centres végétatifs médullaires.

La différence d'action de deux rachianesthésies faites dans des conditions d'exécution entièrement semblables s'explique par l'état de tonicité végétative particulier à l'opéré. Les vagotoniques seront ceux qui auront à subir les effets des fortes hypotensions, les sympathicotoniques seront ceux chez qui la rachianesthésie ne produira que de faibles effets hypotensifs. Quant à la durée des accidents et en particulier de la céphalée liée à l'hypotension, elle est en rapport avec l'intensité de l'effet hypotensif et par suite aussi avec l'état neuro-végétatif de l'opéré.

La conclusion thérapeutique est de s'adresser aux propriétés sympathicotoniques de l'adrénaline, du calcium, de l'éphédrine ou de l'éphétonine, en accordant la préférence à l'éphédrine et à l'éphétonine d'action moins brutale et plus durable que celle de l'adrénaline.

Pour A. et B., l'effet de l'éphédrine est dû probablement à une action immédiate et directe sur le vago-sympathique et ses centres, à une action indirecte sur le sympathique du vague soit par l'intermédiaire d'une glande endocrine sympathicotonique qu'elle active, soit par l'augmentation des ions sympathicotoniques dans le milieu interne, cette dernière hypothèse demandant une confirmation expérimentale.

Le mélange des substances à l'anesthésique injecté est déconseillé. L'éphétonine neutralisera l'hypo-amphotonie végétative et ses effets hypotensifs avec une rapidité qui variera avec son mode d'administration : orale, sous-cutanée, intraveineuse.

P. Grisel.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Januschke. ***Le traitement des affections de la circulation et du système nerveux par adonis vernalis*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 25, 22 Juillet 1934). — Les résultats expérimentaux obtenus par Masslow démontrent que l'adonis vernalis exerce, en plus de son influence sur le cœur, une action sédative sur certains centres moteurs cérébraux et médullaires régissant le système musculaire. J. a essayé d'appliquer ces notions en clinique et a obtenu les résultats suivants :

1° Lors de troubles légers du fonctionnement du cœur des vieillards l'adonis a pu suppléer à la digitaline pour un traitement prolongé.

2° Lors d'accès tachycardiques assez intenses, l'adonis a agi efficacement sur le rythme cardiaque.

3° Des observations antérieures démontraient que l'action sédative du brome sur l'épilepsie est renforcée par l'adonis vernalis. Cette notion empirique est expliquée par les faits expérimentaux.

4° Le rôle sédatif de la codéine sur le centre tussogène, en particulier au cours de la coqueluche, peut être augmenté notablement par l'adonis.

5° Dans le domaine des névroses fonctionnelles et des états asthéniques, les résultats de ce médicament ont été satisfaisants. En particulier il a paru efficace contre les accès convulsifs des nourrissons avec troubles respiratoires et pour stimuler des écoliers fatigués et anorexiques.

6° Au cours des infections aiguës fébriles (grippes, otites), l'adonis vernalis est un bon toni-cardiaque utilisable chez les enfants.

G. Dreyfus-Sée.

A. Marchionini. ***Traitement des affections cutanées séborrhéiques de la face par des pommades acides*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 25, 22 Juillet 1934). — La séborrhée est surtout caractérisée par une modification de la sécrétion des glandes sébacées, un trouble de la kératinisation et fréquemment une altération de la sécrétion sudorale. En outre, Unna considérait comme agent déterminant de la maladie déclanchée sur ce terrain diathésique spécial un

A renvoyer immédiatement au **Guide Rosenwald**, *99, rue d'Aboukir, Paris (IIe)*

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

INSERTION ENTIÈREMENT GRATUITE DANS LA PROCHAINE ÉDITION DU ROSENWALD

Le Guide ROSENWALD 1935-36 qui paraîtra au cours de l'été 1935 sera remis **gratuitement** au Signataire, sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, PARIS (IIe), jusqu'au 31 Décembre 1935. Port à domicile par poste recommandée : 5 francs (timbres ou versement au C. C. P. PARIS 405-75).

Nom et Prénom usuel : __________

Faculté et date de la thèse : __________ *Décorations* : __________

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : __________

Spécialité : __________

Adresse complète : __________

Jours et heures de consultations : __________ *N° de téléphone* : __________

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) (1) __________

Nom et adresse du prédécesseur (1) : __________ *Signature* : __________

Date __________

(1) Ces deux renseignements utiles au contrôle ne sont pas publiés.

bacille « morocoque » dont le rôle n'a pas été confirmé ultérieurement.

M. admet que l'élément caractéristique de la séborrhée est constitué par l'état chimicophysique des régions cutanées atteintes qui présentent une diminution de la concentration ionique des substances dissoutes dans l'eau de la surface cutanée. Il est possible que ces conditions, du fait de la diminution de l'acidité, favorisent le développement des agents microbiens ou mycéliens qu'on a trouvés dans les séborrhées.

En fait, il a été vérifié que les régions séborrhéiques sont plus riches en microbes que les parties saines, et que la kératinisation est influencée par l'acidité de la superficie cutanée.

La peau séborrhéique résistante aux acides est particulièrement sensible aux alcalis. Pratiquement, les savons alcalins ont ainsi une influence nocive sur les lésions.

Ces diverses notions ont amené M. à prescrire un régime acide à ses malades. Outre l'interdiction de l'usage du savon, il fait faire des applications cutanées d'une lotion acide dont le pH est à 4,2 et qui contient de la résorcine et de l'acide salicylique. De plus, il recommande l'emploi de pommade acide de pH 2,3, puis ultérieurement de pH 4,6, dont l'application prolongée aurait pour effet non seulement de guérir les lésions mais également d'empêcher les récidives.

Ces pommades acides fortes et faibles employées successivement ont fourni des résultats très favorables. Il importe de les compléter par le traitement général classique: régularisation du fonctionnement intestinal, du métabolisme, régime, traitement endocrinien, etc.

Les pommades doivent d'ailleurs être utilisées méthodiquement et prudemment en tenant compte des susceptibilités individuelles.

G. Dreyfus-Sée.

Mahlo et **Mulli**. ***Comment la mucine agit-elle dans l'estomac?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 25, 22 Juillet 1934). — Des essais *in vitro* démontrent que la mucine se combine aux acides dans les mêmes proportions et avec la même valeur que les préparations alcalines habituellement utilisées en thérapeutique, mais son action en tant que corps tampon est supérieure à celle des alcalins. Chez l'homme, une régularisation de l'acidité gastrique est ainsi possible sans apport alcalin.

G. Dreyfus-Sée.

K. Nissen. ***Les plantes médicinales dans le traitement des maladies de l'appareil digestif*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 26, 29 Juillet 1934). — Les plantes médicinales ont été beaucoup employées dans le traitement des maladies du tube digestif aussi bien comme stimulants de l'appétit: plantes stomachiques, amers, etc., etc., que comme substances inhibant l'activité intestinale.

Un mélange de diverses plantes actives, préparé sous le nom de Stomachysal, a été utilisé par N. Il contient de l'*Artemisia absinthium*, de l'*Achillea millefolium*, du *Rheum palmatum* et du *Guaphalium arenarium*.

L'action chlorhydropeptique de ce médicament a été vérifiée à l'aide de prélèvements fractionnés de suc gastrique, et on a observé un accroissement de 20 à 40° d'HCl. De même, la sécrétion biliaire a paru notablement accrue, l'augmentation de l'élimination des acides biliaires se faisant à peu près parallèlement à celle de la bile.

On peut d'ailleurs utiliser avec des résultats sensiblement analogues un extrait de *Curcuma domestica*.

G. Dreyfus-Sée.

Kolle et **Prigge**. ***Vaccination antidiphtérique et valeur immunisante du vaccin*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 33, 12 Août 1934). — K. et P. ont entrepris des recherches destinées à établir la valeur de l'immunité antidiphtérique obtenue à l'aide de l'anatoxine de Ramon qu'il préfèrent appeler formoltoxoïde. Expérimentalement, ils ont pu établir que ce vaccin est très supérieur à tous les produits antérieurement employés. Ils considèrent donc qu'il y aurait intérêt à répandre en Allemagne la vaccination antidiphtérique systématique qui a fait ses preuves déjà dans d'autres pays. La méthode exacte d'appréciation du pouvoir vaccinal du produit employé, qu'ils ont mise au point, leur paraît justifier encore davantage l'extension de cette méthode prophylactique qu'il était important de ne rendre obligatoire que lorsque sa valeur serait dûment prouvée. La gravité de la diphtérie fait un devoir pour l'Etat d'utiliser toutes les mesures utiles préventives; le prix peu élevé du vaccin facilite son application que le médecin doit répandre dans le peuple aux doses et selon les règles reconnues les meilleures.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

Backmund. ***Traitement de l'asthénie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 28, 13 Juillet 1934). — Le traitement de l'asthénie par les rayons limites de Bucky a fourni à B. des résultats très satisfaisants: ces rayons mous qui paraissent physiquement et biologiquement à la limite des radiations ultra-violettes déterminent une chute leucocytaire et paraissent agir sur le système végétatif.

L'utilisation de ce traitement chez les asthéniques a provoqué des signes objectifs et subjectifs intéressants: élévation de la pression artérielle des malades, ainsi que de leur glycémie et de leur métabolisme de base, correspondant à une augmentation de leur activité et une diminution des troubles vaso-moteurs et dyskynétiques.

Il s'agit probablement d'une influence du système végétatif cutané par les rayons qui inhibent l'activité excessive végétative, rétablissant ainsi l'équilibre au profit du vague.

G. Dreyfus-Sée.

H. Küstner. ***Augmentation de la sécrétion lactée à l'aide de substances antithyroïdiennes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 33, 17 Août 1934). — Nombre de méthodes physiques, et chimico-pharmacologiques ont été tentées pour augmenter la lactation souvent insuffisante. K. a essayé de stimuler cette fonction à l'aide de substances agissant sur les glandes endocrines.

Expérimentalement, Fauvet avait démontré que l'apport d'hormones sexuelles (ovaire et anthypophyse) détermine, même chez l'animal non en état de gestation, un développement des glandes mammaires. La sécrétion lactée est obtenue en injectant ultérieurement de la post-hypophyse.

Cette méthode est inapplicable chez les nourrices du fait des très nombreuses piqûres nécessaires, la montée laiteuse ne se produisant que transitoirement immédiatement après l'injection.

Une 2e observation, faite par K., est que chez les femmes, qui veulent sevrer, le lait diminue de suite après absorption de thyroxine et disparaît si on en administre 2 à 3 milligr. 3 jours de suite; l'hormone thyroïdienne influe donc sur la lactation dans le sens de l'inhibition. Chez nombre de femmes basedowiennes, la grossesse améliore sensiblement les manifestations pathologiques.

Ces faits ont amené K. à penser qu'une diminution provoquée de la sécrétion thyroïdienne amènerait une augmentation de la sécrétion lactée. Il a en conséquence administré des substances inhibant la thyroïde (tyronorman et diiothyrosine) chez des nourrices dont le lait était peu abondant.

Dès les premiers essais, la lactation a été sensiblement améliorée après 24 heures.

Des essais systématiques sont pratiqués en même temps sur plusieurs nourrices choisies au hasard et comparées au même nombre de nourrices non traitées.

En dehors de quelques échecs, la lactation s'est établie plus vite et plus abondamment chez les femmes traitées que chez les témoins. En outre, certaines femmes, qui lors de leurs maternités antérieures n'avaient pas pu nourrir leurs enfants, ont été traitées préventivement avec un résultat satisfaisant.

G. Dreyfus-Sée.

Dennig et **Schuelke**. ***Observations sur le traitement iodé chez les basedowiens*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 33, 17 Août 1934). — Chez 50 basedowiens un traitement iodé intermittent a été institué, avec alternance de 2 à 3 semaines de médication continue et 1 à 2 semaines de repos. On a pu ainsi établir pour un même malade les doses optima médicamenteuses. L'efficacité maxima paraît obtenue avec 50 à 100 milligr. quotidiens. Des doses de plus de 200 milligr. seraient dangereuses. Le mode de combinaison de l'iode semble indifférent, seule la quantité d'iode agit, qu'il soit en combinaison organique ou anorganique.

Presque toujours, cette administration intermittente d'iode détermine un relèvement de l'état général et du poids malgré que cette action régresse un peu durant les périodes intercalaires. La guérison absolue par cette médication seule est rare, mais la combinaison avec la radiothérapie ou l'opération est favorable.

G. Dreyfus-Sée.

Mommsen. ***La question des toxines menstruelles*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 38, 21 Septembre 1934). — L'existence réelle de toxines menstruelles paraît certaine. Il est possible de les mettre en évidence par suite de leur action inhibante sur les semences du lupin ainsi que sur la fermentation de la lévulose.

Ce poison peut être trouvé en abondance dans le lait d'une femme nourrice et cependant réglée. Même sans ménorragie, les toxines menstruelles sont éliminées régulièrement toutes les 3 à 4 semaines par le lait à partir de l'accouchement.

Ces phénomènes n'empêchent nullement l'allaitement, les petits troubles présentés par le nourrisson (diarrhée, pâleur, etc.) sont à considérer comme des phénomènes physiologiques.

La nature de cette toxine n'est pas établie. Il s'agit vraisemblablement d'une substance dérivée des lipoïdes et appartenant au groupe des amines biogènes.

G. Dreyfus-Sée.

K. Herman. ***Nouvelles observations sur la maladie de Simmonds*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 38, 21 Septembre 1934). — La maladie de Simmonds est une affection rare dont le diagnostic est souvent malaisé. Ses signes principaux sont l'amaigrissement et la cachexie accentuée. Celle-ci peut apparaître isolément, et il ne faudra pas compter toujours sur la série des signes accessoires qui peuvent manquer; les principaux de ces symptômes sont : peau blanche, pâle, visage vieillot, chute des dents et des poils, aménorrhée, asthénie, hypotension, hypoglycémie, apathie, insomnie rebelle, anorexie, douleur et pesanteur gastrique après les repas, vomissements et souvent hypopepsie, constipation, hypothermie, refroidissement surtout des extrémités, prurit, etc. Souvent, on note un métabolisme

abaissé, de l'anémie avec parfois éosinophilie. Les malades réagissent peu ou pas à la médication hormonique. Ils sont intolérants à l'insuline.

Seule la médication endocrinienne spécifique par l'hormone du lobe antérieur d'hypophyse est efficace, et l'amélioration rapide de la cachexie sous son influence constitue l'une des meilleures preuves qu'il s'agit bien de maladie de Simmonds.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

St. Kostakow. ***Dystrophie musculaire progressive, son hérédité et son traitement par le glycocolle*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 5, 9 Juillet 1934). — K. donne l'arbre généalogique d'une famille comprenant 55 noms. Sur ce nombre, il en est 47 qui vivent sur lesquels 15 hommes (sur 20) sont atteints de dystrophie musculaire. On ne peut cependant pas parler d'une dominance vraie, car la maladie n'est pas transmise par un parent malade directement à la moitié des enfants comme l'exigerait la théorie. Les femmes restées saines fonctionnent comme conductrices et les 6 d'entre elles qui appartiennent à la première génération ont donné la maladie à 6 garçons sur 8. D'autre part, il y a lieu de remarquer que la maladie apparaît d'une façon de plus en plus précoce. Au cours de la première génération, elle s'est manifestée vers 10 ans en moyenne et dans la troisième génération, vers 2 ans 1/2.

Au point de vue thérapeutique, toutes les méthodes utilisées jusqu'ici se sont montrées sans effet. Par contre, chez 14 sujets de cette famille et chez 2 autres malades, K. a pu constater que l'administration de glycocolle a donné des résultats d'autant meilleurs que les masses musculaires survivantes étaient restées plus capables de réagir et d'autant moins que la maladie était plus ancienne. Les résultats sont assez nets pour que l'action du glycocolle puisse être considérée comme ayant une signification diagnostique.

Dans 2 cas avec atrophie étendue et contractures, les résultats ont été nuls. L'interruption de la médication a entraîné une rechute qui ne s'est jamais manifestée avant 4 semaines et qui, dans quelques cas, n'est survenue qu'au bout de 6 mois. Il s'agissait alors d'un garçon de 10 ans. La dose quotidienne doit être réglée sur le travail musculaire. Il en faut donc davantage les jours ordinaires que les jours de chômage. Un total de 15 gr. par jour suffit pour des malades qui travaillent assis, mais pas chez des enfants qui jouent beaucoup.

P.-E. Morhardt.

W. Linneweh et **Fr. Linneweh.** ***L'insuffisance de glycocolle et la thérapeutique par le glycocolle dans la dystrophie musculaire progressive*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 5, 9 Juillet 1934). — Etant donné qu'il semble établi que dans l'organisme normal le glycocolle peut être synthétisé en proportion importante, L. et L. ont étudié la production de cette substance chez des malades atteints de dystrophie musculaire afin de savoir si les résultats obtenus avec cet acide aminé représentent une thérapeutique de substitution ou une thérapeutique de stimulation. Pour cela, ils ont utilisé le fait que l'acide benzoïque administré est transformé en acide hippurique par combinaison avec le glycocolle. Ils ont donc administré quotidiennement jusqu'à 30 et même 40 gr. d'acide benzoïque et constaté ainsi qu'à pareilles doses, cet acide est retrouvé non pas seulement dans l'acide hippurique, mais encore sous forme de combinaisons glucuroniques.

Chez 2 sujets atteints de dystrophie musculaire progressive incontestable, auxquels il était administré un régime pauvre en glycocolle, en viande, en créatine et en créatinine, on a constaté que la quantité d'acide hippurique ainsi formée était assez considérable et atteignait par exemple 25 gr. après ingestion de 16 gr. d'acide benzoïque. Ces valeurs se rapprochent beaucoup de la normale, surtout si on compare au poids du corps les quantités d'acide hippurique formé. Il y avait ainsi chez ces malades des quantités importantes de glycocolle disponibles pour la synthèse de l'acide hippurique. On doit donc admettre que l'administration de glycocolle chez ces malades représente une thérapeutique de substitution.

Cependant, il y a lieu de remarquer que l'élimination d'azote non hippurique n'augmente pas chez ces malades au cours de l'épreuve avec de l'acide benzoïque. En plus de cet azote normal, il apparaît une grande quantité d'azote hippurique qui doit avoir pour origine des réserves spéciales de glycocolle se trouvant peut-être combiné à des protéines déterminées.

Il a été administré également à ces malades de la créatinine et on a constaté que chez eux la tolérance pour cette substance est fortement diminuée. D'ailleurs, le glycocolle a, au début, augmenté l'élimination de cette substance. Mais il faut savoir que la méthode de détermination de la créatine dans l'urine est peu spécifique.

P.-E. Morhardt.

Arthur Jores. ***L'influence de la lumière sur le cycle de 24 heures chez l'homme*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 5, 9 Juillet 1934). — Pour expliquer le cycle de 24 heures chez l'homme, on a invoqué la manière de vivre, la température, etc. Mais, selon J., la lumière doit avoir un rôle, car on arrive à modifier par exemple, le cycle de la température, en ayant recours à l'éclairage nocturne. On a d'ailleurs objecté aux expériences de ce genre, qu'elles provoquent des modifications dans l'activité physique, fait qui peut avoir un retentissement sur la température. Cependant, des recherches ont montré à J. que l'hormone des mélanophores intervient fortement dans la genèse de ce rythme. Entre minuit et 4 heures du matin, cette hormone se trouverait très abondante dans le sang humain. De plus, elle provoquerait, en injection chez le lapin, un abaissement de la température, une diminution des leucocytes et une élévation du sucre du sang, comme cela se constate d'ordinaire pendant la nuit. De même, une grenouille, tenue à l'obscurité, a une hypophyse plus riche en hormone qu'une grenouille tenue à la lumière.

Ces expériences ont été reprises chez 4 lapins dont on avait clos les paupières avec des agrafes et chez 4 sujets atteints d'amaurose complète. Parmi ces aveugles, 2 hommes se sont montrés assez indociles, de sorte que les observations faites sur eux sont peu significatives.

Chez les animaux, on a constaté que l'occlusion des paupières fait disparaître les variations cycliques de la température et du sucre du sang. Chez les sujets aveugles, des constatations analogues ont été faites et en même temps on a pu noter que l'urine de la nuit est très voisine, comme volume, de celle du jour, le poids spécifique étant le même.

Ainsi, la lumière joue un rôle dans ce cycle de 24 heures, mais elle ne constitue certainement pas le seul facteur.

P.-E. Morhardt.

THERAPIE DER GEGENWART (Berlin)

E. Hassencamp. ***Traitement combiné par la digitale et le glucose*** (*Therapie der Gegenwart*, t. LXXV, n° 7, Juillet 1934). — H. examine tout d'abord si l'association de digitale et de glucose est fondée sur des travaux de pharmacologie. Il remarque que la digitale peut avoir, dans certains cas, des inconvénients, surtout quand il existe des altérations coronaires. En pareil cas, la digitale est capable de provoquer des crises d'angine de poitrine parce que l'augmentation du travail du cœur déterminée par ce médicament ne s'accompagne pas d'une amélioration parallèle de l'irritation du myocarde. Cet inconvénient s'observerait plus fréquemment après la digitale qu'après la strophantine. Dans ces conditions, il est nécessaire d'associer la digitale à un médicament qui dilate les coronaires. Parmi ceux-ci figurent en première ligne le glucose, le calcium et les extraits d'organes.

Il a été expérimentalement démontré que l'adjonction de glucose à du sérum a une action vaso-dilatatrice, de sorte qu'une injection intraveineuse de glucose peut améliorer l'irrigation du cœur pour un temps assez prolongé et, en tout cas, comme le montre Hochrein, prévenir les effets vasoconstricteurs de la digitale sur les coronaires.

Pratiquement, les observations de H. qui, au cours des 10 dernières années, auraient porté sur 5.000 cas, montrent que cette association a des effets satisfaisants. Il n'est plus observé de sensation d'oppression ou d'angor après administration de digitale ou de strophantine. Notamment, la mort immédiate qui survient parfois après administration de strophantine ne s'observe plus.

Les indications de cette association thérapeutique sont d'abord la décompensation observée du fait de l'hypertension. En cas d'altérations organiques des coronaires, de dégénérescence du myocarde, d'infarctus du myocarde, notamment ceux qui sont dus à un spasme des coronaires et qui causent la crise d'angine de poitrine, cette médication est également utile. Le diabète sucré ne constitue pas une contre-indication. Les cas d'hypersensibilité à l'égard de la digitale sont également favorablement influencés par le glucose.

Au point de vue de la posologie, H. remarque qu'on doit préférer la strophantine à la digitale toutes les fois que l'affection cardiaque a pour origine une altération des coronaires. Cependant, la dose de strophantine doit être plutôt petite et ne pas dépasser au début 0 milligr. 2 à 0 milligr. 3, puis plus tard, et au maximum, 0 milligr. 5 à 0 milligr. 6, tous les 2 jours. Ces doses sont associées à 20 ou 50 cmc d'une solution de glucose à 10 ou 20 pour 100. Quant à la digitale, elle serait surtout avantageuse dans l'administration *per os* et quand une action diurétique est nécessaire. Néanmoins, avec ce médicament, il est utile de donner également du glucose en injections intraveineuses.

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Mallinckrodt-Haupt. ***Varicelle et sensibilisation à la lumière*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 28, 14 Juillet 1934). — Alors que dans la variole, l'influence de la lumière, des rayons ultra-violets en particulier, exerce habituellement une action favorable sur l'éruption, la varicelle au contraire paraît aggravée par l'exposition à la lumière solaire ou artificielle.

Ce fait a été noté par divers auteurs : Collin, Rohrböck, Sack. Cet auteur a par exemple observé un enfant de 6 ans, qui fut atteint de varicelle au cours d'une épidémie bénigne : 3 jours avant l'apparition de l'éruption, le dos de l'enfant avait été exposé à des rayons lumineux; 24 heures plus tard, apparurent sur le dos plus de 1.000 vésicules confluentes très infiltrées, entourées d'une auréole rouge et qui aboutirent à la suppuration.

M. a vu également une fillette de 9 ans qui, quelques jours avant l'apparition de la varicelle, avait été exposée au soleil en costume de bain;

alors que ses sœurs eurent une varicelle normale, l'enfant présenta sur le tronc une éruption si confluente, avec vésicules si volumineuses, que le diagnostic resta un moment hésitant.

Il est possible que sous l'influence de la dilatation vasculaire causée par l'irradiation, la circulation plus active dissémine le virus varicelleux en des points plus nombreux que normalement.

R. Burnier.

R. Frühwald. ***Pustulose vacciniforme aiguë chez l'adulte*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 28, 14 Juillet 1934). — On sait que Freund a décrit sous le nom de *Pustulosis vacciniformis acuta* une éruption pustuleuse apparaissant avec une fièvre élevée sur une peau eczémateuse. Dans tous les cas publiés jusqu'ici par Freund, Juliusberg, Finkelstein, Moro, Freud, il s'agit d'enfants de 6 mois à 8 ans. La mort survint dans la moitié des cas.

Dans un cas de Freud, l'inoculation du pus frais de la pustule dans la cornée du lapin donna une kératite grave, mais on n'observa pas de corpuscules de Guarnieri, ni dans la cornée, ni dans la pustule; l'agent causal paraît être un staphylocoque très virulent.

Dans un cas de Freund, l'inoculation à la cornée donna également une kérato-conjonctivite grave et, dans des coupes en série de la cornée, on trouva des corpuscules de Guarnieri.

Freund pour expliquer la présence inconstante des corpuscules de Guarnieri estime qu'il s'agit d'une vaccine peu virulente, incapable de provoquer une immunité. Pour lui, la pustulose vacciniforme aiguë est une infection vaccinale, non causée par un contact direct; il s'agirait d'une infection mixte de vaccine faiblement virulente et de staphylocoques très virulents.

F. a observé 3 cas de pustulose vacciniforme aiguë chez l'adulte (18, 19 et 20 ans); dans les 3 cas, il s'agit de jeunes gens atteints depuis l'enfance d'eczéma séborrhéique avec des localisations typiques à la face, au tronc, aux extrémités, aux coudes et aux genoux. Subitement apparaît, en même temps qu'une fièvre élevée, une éruption plus ou moins confluente de pustules analogues à celles de la variole et de la vaccine et qui apparaissent aussi bien sur la peau normale que sur la peau eczémateuse; elles se dessèchent et se couvrent d'une croûte. C'est la face qui est le plus atteinte : paupières, bouche, yeux. Au bout de quelques jours, la fièvre tombe, mais des rechutes peuvent s'observer. Dans les cas de F. l'évolution a été favorable, l'eczéma mis à part.

R. Burnier.

W. Milbradt. ***Sclérodermie diffuse atypique avec syndrome d'Osler et troubles hépatiques*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 30, 28 Juillet 1934). — M. a observé chez une femme de 47 ans une sclérodermie diffuse atypique, ayant débuté par des phénomènes de paresthésie et des douleurs lancinantes; puis survint une sclérodactylie avec mutilation et une *morphœa atrophica plana*.

Au cou et au thorax la peau montrait un aspect bigarré, rappelant la scléro-poikilodermie d'Arndt.

Au visage, on notait de nombreuses télangiectasies et des hémangiomes; des télangiectasies existaient également sur les muqueuses nasale, palatine et pharyngée. Les épistaxis étaient fréquentes.

En raison du caractère familial et héréditaire de ces lésions vasculaires, M. se croit autorisé à porter le diagnostic de syndrome d'Osler.

Il pense que l'existence d'une cirrhose hépatique d'origine alcoolique constitue un facteur étiologique ayant favorisé l'apparition de ces télangiectasies chez un sclérodermique.

R. Burnier.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

R. Ledent. ***Scoliose et inspection médicale scolaire*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 25, 23 Juin 1934). — Scoliose et fréquentation scolaire ne sont point synonymes. On peut accuser le mobilier scolaire si souvent mal approprié à la taille assise des enfants, mais les attitudes vicieuses n'ont de conséquences que chez les enfants prédisposés aux dystrophies osseuses. Sur 1.000 enfants âgés de 12 à 16 ans, on trouve la scoliose chez 20 à 30 pour 100 des filles et seulement 5 à 7 pour 100 des garçons.

C'est au médecin scolaire et non à l'instituteur que revient le dépistage de la scoliose, et celle-ci n'est souvent révélée que par un examen minutieux. L'école n'a pas à traiter les enfants; il faudra seulement signaler la chose aux parents qui consulteront le médecin de famille ou un spécialiste. Nombre de médecins n'attachent pas à une attitude défectueuse l'importance qu'il faudrait, conseillent la gymnastique sans préciser laquelle et, même parfois, font des prescriptions cinésiques contraires aux lois de la physiologie musculaire, alors qu'un traitement judicieux éviterait le développement de la scoliose.

Robert Clément.

R. Verhoogen. ***Anémie de type aplastique et leucopénie extrême au cours d'une intoxication mortelle par le xylol*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 32, 11 Août 1934). — Un typographe de 33 ans fut pris assez brusquement d'une anémie aplastique leucopénique mortelle, provoquée par une intoxication par le xylol.

Depuis 7 mois, les fonctions de cet homme consistaient à surveiller une machine rotative d'imprimerie. L'encre d'imprimerie est versée toute préparée dans les bacs à encre de la rotative, mais souvent trop épaisse pour une bonne impression, elle est diluée avec du xylol. Plusieurs fois par jour, on verse dans l'encre des quantités importantes de ce produit. Le typographe ne maniait pas lui-même les flacons de xylol, mais il régnait, d'après lui, une odeur benzolique constante dans l'atelier.

Parmi les hydrocarbures aromatiques, il faut distinguer la benzine, le benzol et ses dérivés, ces deux séries de corps ayant une toxicité différente. Les hydrocarbures benzéniques les plus employés sont le benzol, produit de la distillation du charbon, impur et mal défini, le benzène pur et ses homologues, le toluène et le xylène. De nombreux dérivés du benzol sont également utilisés dans l'industrie : dérivés nitrés, employés surtout pour la fabrication des explosifs, dérivés aminés, les anilines; mais, la toxicité de ces corps est d'allure toute différente.

L'administration de nucléotides en injections ne provoqua qu'une légère leucocytose. Les injections d'extraits hépatiques et une transfusion de 300 cmc n'eurent pas plus de succès.

Robert Clément.

W. C. Meiss (Leyde). ***Malformations articulaires provoquées par le maniement d'appareils à air comprimé*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 37, 15 Septembre 1934). — Les multiples applications industrielles de l'air sous pression, sous forme de marteau-percuteur, foreuses, ciseaux, pistolets d'émailleurs, etc., ont fait apparaître, par l'emploi de ces instruments, des malformations articulaires, lorsque ces instruments transmettent aux membres des chocs répétés suivant leur axe longitudinal. L'action de ces appareils dépend de l'intensité du choc, de sa fréquence, du nombre d'heures de travail, de la consistance de la matière façonnée et de l'uniformité du travail.

Sur 115 ouvriers, maniant des appareils à air comprimé, 43 ont été trouvés porteurs de malformations évidentes, 23 de celles-ci intéressaient l'humérus au niveau du coude, localisation typique.

Le malade se plaint de douleurs articulaires, disparaissant au cours du travail pour reprendre au repos, non influencées par les variations météorologiques, n'altérant ni l'humeur ni l'activité du sujet. Objectivement, la symptomatologie se réduit à une limitation légère de la flexion et de l'extension, ainsi que de la pronation et de la supination. A l'examen radiologique, on voit une excroissance typique au point d'insertion du muscle brachial antérieur sur l'humérus, se présentant comme deux noyaux d'ossification du tendon, indépendants de la diaphyse humérale. Dans plusieurs cas, on relève aussi un aplatissement de la cupule radiale, avec bavures sur les bords; enfin, à maintes reprises, l'articulation du cubitus se trouve approfondie et élargie, comme si la trochlée humérale s'était enfoncée dans la gorge ramollie de l'épiphyse cubitale. On peut noter d'autres localisations. Il semble y avoir une sensibilité individuelle; certains ouvriers présentant des lésions articulaires après 1 à 3 ans, d'autres restant indemnes après plusieurs années.

Chez 80 individus, s'adonnant à de lourds travaux, l'examen n'a montré que 5 fois des malformations en imposant pour de l'arthrite déformante.

Ces malformations avaient passé inaperçues en Hollande où elles n'entraînent aucune incapacité de travail; le pourcentage énorme des cas dépistés en Allemagne tient au fait qu'on y alloue jusqu'à 30 pour 100 d'invalidité aux porteurs de semblables malformations.

Robert Clément.

ARCHIVES MÉDICALES BELGES
(Bruxelles)

Mac Arthur (Grande Bretagne). ***La cysticercose comme cause de l'épilepsie chez l'homme*** (*Archives médicales belges*, t. LXXXVII, n° 7, Juillet 1934). — Une proportion relativement élevée d'hommes apparemment normaux et de souche saine, étant atteints d'épilepsie dans l'armée anglaise, on a cherché jusqu'à quel point la cysticercose pouvait être la cause de ces épilepsies débutant à l'âge adulte.

Dans un groupe de 9 épileptiques renvoyés des tropiques pour cause de santé, 3 souffraient de cysticercose. Dans un autre groupe de 5, on en découvrit une. Des 23 derniers cas d'épilepsie admis à Milbank, 10 étaient atteints de cysticercose.

Dans la plupart des cas, l'invasion du parasite donne lieu à une réaction générale, le sujet ne remarquant que le développement graduel de petites nodosités sous-cutanées ou intra-musculaires. Dans de rares cas, il y a un état toxique rappelant la fièvre typhoïde. Dans quelques cas atypiques, les muscles infectés paraissent volumineux, donnant un aspect vigoureux au sujet qui en est porteur; dans d'autres, les kystes ne sont décelés que par une radiographie. Il est difficile de déterminer le temps qui s'écoule entre l'infestation et le développement de l'épilepsie. Dans un cas, les premières crises n'ont commencé que pendant le traitement expulsif du ver; dans un autre, il y eut 4 ans entre la suppression du ver et le début de l'épilepsie.

Les crises d'épilepsie peuvent être jacksoniennes ou généralisées; elles peuvent être atypiques, elles peuvent s'accompagner d'autres symptômes nerveux. Dans un cas, elles se manifestaient seulement par des absences de mémoire.

Le développement de kystes palpables dans les tissus est le meilleur signe de diagnostic. Leur nombre et leur grosseur varient ainsi que leur si-

tuation; on en a cité au niveau du front, dans l'orbiculaire, à l'intérieur de l'œil, dans les joues, les lèvres, etc. Ils peuvent être situés exclusivement dans le cerveau.

Après une période dont la durée est variable, la larve enfermée meurt et se calcifie, la calcification s'étendant ensuite à la paroi du kyste. En dehors de la dégénérescence calcaire du kyste, il n'est pas possible d'en faire la preuve radiologiquement; calcifié il a un aspect très caractéristique.

La réaction de fixation du complément dans 9 cas de cysticercose a donné 5 fois une réaction positive, 3 fois une négative; dans un cas, elle fut douteuse. La réaction négative n'exclut donc pas la possibilité de l'infection.

L'origine de l'infestation est difficile à déterminer. A moins de supposer qu'un nombre considérable de personnes puissent donner asile à un ver et s'en débarrasser sans le savoir, il faut admettre que les œufs infectants proviennent d'une source extérieure et pénètrent dans le tube digestif comme les kystes amibiens.

Le début de l'épilepsie chez un adulte, particulièrement sous les tropiques, doit faire rechercher la cysticercose. ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Wendell Muncie. ***Les états de dépression avec tension. Leur rapport avec le problème général de la tension*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXII, n° 2, Août 1934). — Les états de dépression avec tension constituent une variété de psychose, parfois mais non le plus souvent à rechute, avec des modifications de la personnalité. Les signes de dépression sont évidents, et l'état de tension, plus difficile à définir, se reconnaît à l'absence de volonté et de courage, avec un certain degré d'irritabilité, et des troubles somatiques intéressant la tête, le tractus gastro-intestinal et la peau, des réactions anxieuses de la sphère cardiaque, et des signes de déséquilibre neuro-végétatif à la fois sympathiques et parasympathiques tels que: tachycardie, instabilité du pouls, courbe anormale de la glycémie avec ascension brusque et plateau élargi, troubles de la sécrétion gastrique (hyper ou hypoacidité) avec évacuations anormales, élévation de la pression artérielle maxima et minima, exophtalmie, tremblement, transpiration et sueurs, diarrhée, pertes séminales avec augmentation des désirs sexuels, eczéma, spasmes locaux des muscles striés. Ces troubles neuro-végétatifs sont inconstants.

Ces états durent un certain temps, un an ou plus, et s'améliorent graduellement parfois avec des séquelles sous forme d'idées hypocondriaques, d'hyperémotivité et d'appréhension.

La guérison en lysis de ces états diffère de l'évolution plus critique des états de dépression avec attaques psycholeptiques, réactions de terreur ou anxieuses.

Le pronostic de ces états est réservé et le traitement difficile en raison de l'inaptitude de ces malades à s'adapter à leur milieu et de leur indécision. H. SCHAEFFER.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (Chicago)

A. E. Belt (Los Angelès) et **Tr. O. Powell** (San Francisco). ***Manifestations cliniques des tumeurs à cellules chromaffines provenant de la substance médullaire des surrénales. Syndrome sympathique surrénal*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LIX, n° 1, Juillet 1934). — B. et P. rapportent un cas d'hypertension paroxystique due à une tumeur surrénale et qui faillit être opéré.

Il s'agit d'une juive de 45 ans, qui, depuis 2 ans, présente des crises fréquentes avec nausées, vomissements, vertiges, palpitations, sueurs profuses, pâleur de la peau, suivies de rougeur et se terminant avec de violentes céphalalgies.

Il y a 2 semaines son médecin a découvert une tumeur dans le flanc droit. A l'examen, les vaisseaux du cou battent violemment: la pression sanguine est de 170-80 et le pouls à 90. La tumeur du flanc droit est arrondie, molle, un peu mobile. Rien d'anormal à l'examen urinaire, mais un pyélogramme montre le rein droit ptosé et basculé de 90° avec bassinet élargi et, sur le bord externe du rein, on voit une ombre ovoïde.

On fait le diagnostic d'hypernéphrome et on intervient sous rachianesthésie (15 centigr. de néocaïne) après injection d'éphédrine. Quand on tourne la malade sur le côté en position opératoire, elle devient pâle et se couvre de sueurs, accompagnées de nausées et de vomissements; la pression sanguine dépasse 30 cm., chiffre le plus élevé que puisse marquer l'appareil avec 24 comme minima; pouls rapide et faible. On reporte la malade dans son lit sans l'opérer.

Vers 10 heures, la pression est encore de 230-150 avec pouls à 128; à midi, 180-120; pouls à 112; vomissements bruns, mêlés de sang: à 2 h. 30, la poitrine est pleine de râles avec nystagmus bilatéral et vertiges; à 9 heures, 120-90.

Le lendemain, la température est à 40°; tension 200-95; pouls 120. Attaque grave d'œdème pulmonaire. La malade meurt le 3e jour.

A l'autopsie, on trouve le rein refoulé en bas, en dehors et en avant par une tumeur bilobée, chaque lobe étant du volume du poing; elle pèse 1.000 gr. Les deux lobes sont cystiques, à contenu sanguin.

L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'une tumeur à cellules chromaffines, contenant environ 2 gr. d'adrénaline pour 100 gr. de tumeur.

Ces tumeurs proviennent de certaines cellules adultes de la médullaire surrénale; traitées par les sels de chrome, ces cellules prennent une coloration brunâtre, d'où leur nom de cellules chromaffines ou phéochromocytes; ce sont elles qui produisent l'adrénaline. Les tumeurs, qui en proviennent, sont appelées paragangliomes ou mieux phéochromocytomes.

Ces tumeurs donnent lieu à un syndrome caractérisé par hypertension fixe ou paroxystique, glycosurie, instabilité du système sympathique, attaques périodiques de sympathicotonie avec tachycardie, vasoconstriction (pâleur de la peau) suivie de vasodilatation, nausées, vomissements, céphalées, sensation de constriction épigastrique, dyspnée, suffocation; prédisposition marquée au choc et à l'œdème pulmonaire.

Il s'agit toujours d'adultes, aussi souvent mâles que femelles. Les tumeurs varient en poids entre 3 et 100 gr. Elles sont bénignes et ont tendance à devenir cystiques et à se compliquer de nécrose et d'hémorragies. Elles contiennent toujours une quantité considérable d'adrénaline.

Après ablation chirurgicale de ces tumeurs, tous les signes du syndrome sympathique disparaissent.

M. GUIBÉ.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

H. S. Rubinstein. ***Réalisation de la descente des testicules au moyen de la fraction hydrosoluble, analogue à l'hormone antéhypophysaire, de l'urine de gestation*** (*Endocrinology*, t. XVIII, n° 4, Juillet 1934). — On connaît déjà les heureux résultats obtenus par Schapiro chez les jeunes garçons à testicules incomplètement descendus et par Eagle chez les jeunes singes au moyen de la fraction hydrosoluble de l'urine de gestation et de l'extrait antéhypophysaire. Ici, il s'agit de testicules qui n'avaient pas encore commencé à effectuer leur descente.

Chez un garçon de 10 ans, atteint de dystrophie adiposo-génitale et présentant des testicules restés dans l'abdomen, l'injection de la fraction hydrosoluble de l'urine de gestation (follutéine Squibb renfermant 1.250 unités-rat par centimètre cube) à la dose de 0 cm. 2 à 1 cm., a produit la descente des testicules qui, à la sixième injection, pénétrèrent dans le canal inguinal. On ajouta alors l'opothérapie hypophysaire et thyroïdienne et l'on vit se produire le développement du pénis et du scrotum. L'obésité en ceinture diminua fortement en même temps que l'état intellectuel s'améliorait beaucoup.

Des expériences de contrôle sur de jeunes rats montrèrent que ceux qui avaient reçu des injections de cette fraction hydrosoluble possédaient des testicules, un pénis et une hypophyse bien plus développés que les témoins. De plus, chez les animaux traités, la descente testiculaire commença très rapidement; bien que les vésicules séminales fussent augmentées de volume, elles ne contenaient pas néanmoins de spermatozoïdes.

P.-L. MARIE.

R. W. Wilder, R. F. Forster et **J. de Pemberton.** ***La thyroïdectomie totale dans le diabète*** (*Endocrinology*, t. XVIII, n° 4, Juillet 1934). — On sait que chez les chiens dépancréatés, la thyroïdectomie est suivie d'une diminution de la glycosurie et d'une amélioration de la tolérance hydrocarbonée, mais ces expériences déjà anciennes prêtent à maintes objections. D'autre part, on a noté parfois chez l'homme une amélioration du diabète à la suite de l'apparition spontanée d'un état d'hypothyroïdie; inversement, on peut voir l'injection d'extrait thyroïdien et l'hyperthyroïdie produire une légère glycosurie chez les sujets normaux.

A la demande d'un homme de 26 ans, atteint de diabète grave nécessitant 45 unités d'insuline par jour et ne présentant pas d'anomalies du fonctionnement de la thyroïde, W., F. et P. ont pratiqué une thyroïdectomie totale en ménageant les parathyroïdes. La tolérance hydrocarbonée augmenta à peu près parallèlement à la diminution du métabolisme basal. Toutefois, bien que la tolérance du malade ait été grandement accrue, le résultat obtenu ne se montra pas assez important pour que l'on puisse recommander cette intervention comme un moyen de traitement du diabète: un régime strict et de petites doses d'insuline continuent à être nécessaires six mois après l'opération et le malade se plaint d'une sensibilité au froid et d'un manque d'énergie tels que le bénéfice d'une meilleure tolérance n'est guère appréciable.

P.-L. MARIE.

A. H. Elliot et **F. R. Nuzum.** ***L'excrétion par l'urine d'une substance hypotensive (Kallicréine de Frey) dans l'hypertension artérielle*** (*Endocrinology*, t. XVIII, n° 4, Juillet 1934). — On s'est surtout occupé jusqu'ici de découvrir chez les hypertendus des substances hypertensives, mais sans arriver à des résultats concluants. L'existence d'un déséquilibre possible entre des substances hypotensives et des substances hypertensives mérite de retenir l'attention.

Abelous et Bardier ont signalé dès 1903 la présence d'une substance hypotensive dans l'urine normale. Frey y a trouvé une substance vaso-dilatatrice qu'il considère comme une hormone d'origine pancréatique, c'est la kallicréine. Elle circulerait dans le sang accompagnée d'un inactivateur, un polypeptide, et serait excrétée par l'urine sous forme active. Elle régulariserait le tonus artériel,

probablement par action antagoniste vis-à-vis de l'adrénaline.

Injectant l'urine de la nuit dans la jugulaire de lapins anesthésiés et enregistrant la baisse de pression produite, E. et N. ont vu que chez les sujets ayant une pression artérielle normale, l'excrétion de kallicréine varie en proportion de l'âge, décroissant avec les années. Dans l'hypertension essentielle, le taux de l'excrétion urinaire de la kallicréine se montra notablement abaissé. Comme le fonctionnement rénal chez les 50 hypertendus examinés était apparemment normal, il est probable que le trouble que reflète cette anomalie a son origine en amont du rein.

P.-L. Marie.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

S. Patterson. ***Tendance à l'abus des préparations thyroïdiennes*** (*British medical journal*, n° 3885, 7 Juillet 1934). — P. rapporte 3 observations de sujets qui en dehors d'indications thérapeutiques précises ont pris des quantités importantes de poudre de corps thyroïde. La première concerne une femme de 36 ans qui désirait avoir des enfants et qui pendant 3 ans 1/2 absorba une quantité indéterminée de tablettes de thyroïdine Merck. Elle présentait de la tachycardie, des douleurs abdominales, de la dysurie et un métabolisme de + 50.

Le second cas est une femme de 43 ans qui comme reconstituant prenait de la thyroïdine. On observait chez elle de la tachycardie, un souffle systolique mitral et un amaigrissement de 12 kilogr. en 3 mois.

La troisième observation concerne un homme de 48 ans, obèse, ayant pesé jusqu'à 104 kilogr. Très gourmand, il voulait pouvoir manger à sa guise, sans grossir. Il prit jusqu'à 30 centigrammes de corps thyroïde par jour et continua à prendre 12 centigrammes par jour. Il présentait de la tachycardie, des douleurs rétrosternales, de l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs et un métabolisme de + 11.

Ces symptômes sont en accord avec ceux que l'on trouve expérimentalement, mais il est à remarquer que dans aucun cas on n'observa d'exophtalmie.

André Plichet.

Hamilton Fairley. ***La maladie de Weil chez les égoutiers de Londres*** (*British medical journal*, n° 3835, 7 Juillet 1934). — Depuis la guerre la spirochétose ictéro-hémorragique est restée rare en Angleterre. A part une petite épidémie qui eut lieu en 1924 parmi des ouvriers de certaines mines particulièrement humides, on ne signala que des cas isolés.

En 1934, il y eut un cas indiscutable chez un égoutier de Londres qui mourut et dont le sérum agglutinait fortement le spirochète. De cette observation, on rapprocha un autre cas de mort par hépato-néphrite également chez un égoutier, pour lequel on s'était demandé si les gaz des égouts et en particulier l'acide sulfhydrique n'étaient pas en cause.

Devant ces faits, on décida d'examiner le sérum d'égoutiers qui avaient été atteints de jaunisse dans le passé. On en trouva dix qui avaient eu la jaunisse à des dates éloignées — il y avait douze ans pour l'un d'eux — dont le sérum agglutinait le spirochète ictéro-hémorragique ou avait des réactions de groupe avec le leptospire du chien.

En somme, depuis douze ans, il existait à Londres un foyer endémique de spirochétose ictéro-hémorragique parmi les égoutiers sans que l'on s'en doutât. Les conditions de propagation sont classiques, les égouts charriant des déjections et des cadavres de rats.

La thérapeutique consiste en des injections de sérum de convalescent et de sérum anti-ictéro-hémorragique. Une vaccination des égoutiers serait souhaitable.

André Plichet.

A. Hope Gosse et **G. S. Erwin.** ***La tuberculose pulmonaire après les bains de soleil*** (*British medical journal*, n° 3835, 7 Juillet 1934). — En Angleterre, la tuberculose depuis 1860 est en déclin et l'on peut raisonnablement espérer une plus grande diminution encore, avec l'amélioration des conditions sociales et l'éducation du public. Mais à la fin du chaud été de 1933, G. et E. ont pu observer que sur 66 cas de tuberculose qu'ils avaient à soigner, 11 cas, indiscutablement, avaient vu leurs lésions se développer après des bains de soleil.

Il s'agissait de sujets entre 19 et 33 ans qui, sous l'influence du snobisme général, avaient pris de nombreux bains de soleil. La plupart d'entre eux, du reste, avaient un long passé de tuberculose et les médecins les avaient mis en garde contre les rayons du soleil.

Nous ne connaissons pas exactement la façon dont les bains de soleil aggravent la tuberculose pulmonaire, mais dans la plupart des cas, chaque bain de soleil était suivi de transpiration et de malaises et trois ou quatre mois après survenait, parmi d'autres symptômes, une hémoptysie dramatique.

On doit tirer les conclusions suivantes : il est dangereux pour quiconque a eu des hémoptysies, et spécialement si cet accident est récent, de prendre des bains de soleil jusqu'à ce que la tuberculose soit exclue par un examen radiologique. Il faut également s'abstenir d'une telle pratique quand il y a eu une perte de poids récent, une fatigue anormale, ou d'autres soupçons de tuberculose. Enfin si les bains de soleil fatiguent ou rendent fiévreux, si la température monte la nuit au-dessus de 37°5, il faut les supprimer.

André Plichet.

Victor Neale et **Allan Whitfield.** ***Le rhumatisme et ses relations avec les maladies artérielles et avec la périartérite nodulaire*** (*British medical journal*, n° 3837, 21 Juillet 1934). — On sait depuis les travaux d'Aschoff que le rhumatisme n'atteint pas seulement le myocarde ventriculaire, mais qu'il peut toucher la paroi des artères. Le rhumatisme n'est pas seulement une maladie locale mais une maladie générale.

Différents auteurs ont trouvé les nodules d'Aschoff dans les parois des coronaires, dans les artères des reins, de la rate et dans les artères périphériques.

Dans la périartérite nodulaire qui a été décrite pour la première fois par Kussmaul et Marie en 1866, on trouve des petits anévrysmes sur la paroi des petites artères et, suivant la localisation de ces anévrysmes, cette maladie peut revêtir un certain nombre de types cliniques différents : gastro-intestinal, rénal, musculaire, cardiaque, cérébral et cutané.

La plupart des auteurs croient que la périartérite est due à une infection spécifique mais l'agent en reste encore inconnu. Robstein et Welt ont décrit un cas d'association de rhumatisme articulaire aigu et de périartérite nodulaire.

N. et W rapportent un second cas. Il s'agissait d'un enfant de 15 ans atteint de rhumatisme aigu et de chorée. L'autopsie montra des lésions de périartérite nodulaire sur la coronaire gauche, sur les artères rénales, surrénales, hépatiques et pancréatiques et la présence de cellules du type Aschoff sur les vaisseaux du myocarde.

André Plichet.

G. Goodwin. ***Manifestations cutanées de la déficience en vitamine A*** (*The British medical journal*, n 3837, 21 Juillet 1934). — Les principales manifestations de la carence en vitamine A sont la xérophtalmie et la kératomalacie, mais il existe des formes atténuées, plus fréquentes qu'on ne le pense, qui peuvent se manifester par des signes cutanés.

G. a observé un enfant de dix ans qui n'aimant ni la viande fraîche, ni les légumes, ni le lait, ni le beurre, était nourri presque exclusivement de jambon, de poisson de conserve, de pain, de thé et de confitures.

Chez cet enfant qui ne présentait pas par ailleurs de xérophtalmie, on observait une éruption papuleuse rouge, marquée surtout sur les faces d'extension des membres inférieurs et développée sur une peau sèche et rugueuse, une langue dépapillée, rouge et lisse, des gencives enflammées ; les conjonctives étaient injectées et largement jaunâtres.

L'introduction dans son régime de lait, de beurre, de viande, d'huile de foie de morue amena en six semaines la disparition des signes cutanés et buccaux.

André Plichet.

A. S. Morley. ***Le traitement par les injections du prolapsus rectal complet*** (*British medical journal*, n° 3889, 4 Août 1934). — On sait combien les opérations chirurgicales pratiquées pour cette affection sont difficiles et quels risques elles comportent. M. a traité deux cas de prolapsus rectal complet avec incontinence des matières par injections de phénol en solution dans de l'huile d'amandes douces. La méthode diffère un peu de celle de la sclérose des hémorroïdes, en ce sens que l'injection doit dépasser la muqueuse et être faite profonde dans le tissu sous-muqueux et dans la musculeuse. La quantité de liquide à injecter est de 2 à 3 cmc chaque fois et ces injections doivent se faire tout autour du rectum. On a alors la sensation d'un carcinome annulaire du rectum. Cet épaississement disparaît au bout de trois semaines. Le processus inflammatoire produit une adhérence étroite de la muqueuse et de la sous-muqueuse à la tunique musculaire et par le même processus les hémorroïdes, s'il en existe, sont supprimées. Cette méthode n'offre pas les dangers et les échecs de l'intervention. Elle a également le mérite d'être ambulatoire.

André Plichet.

H. P. Nelson. ***Le drainage postural des poumons*** (*British medical journal*, n° 3840, 11 Août 1934). — Dans les affections pulmonaires, la coutume est de maintenir le patient assis, soutenu par plusieurs oreillers. Dans cette position, le drainage des poumons est la plupart du temps mal assuré, l'action des muscles ciliaires est insuffisante pour évacuer toutes les sécrétions bronchiques ; il faut la toux expulsive pour accomplir cette action.

La position du sujet doit varier suivant le siège de la lésion. Pour localiser cette lésion la radiographie en position latérale est aussi importante que la position antéro-postérieure.

Quand les lésions sont apicales, la position la meilleure est la station assise puisque la bronche de drainage est au point déclive. Dans les lésions du lobe moyen, le malade doit rester à plat ; dans celles du lobe inférieur, on doit soulever les pieds du lit.

On doit, en somme, tenir compte de la situation des lésions et de l'anatomie des bronches ; au besoin on peut placer le malade en position genu-pectorale. Toutes ces positions favorables au drainage du poumon peuvent être maintenues grâce à un lit spécial.

André Plichet.

H. Moll. ***L'asthme réflexe. Sa pathogénie et son traitement*** (*The British medical journal*, n° 3841, 18 Août 1934). — Dans une série de 326 cas d'asthme, la moitié environ de ces malades se sont plaint ou se plaignent de symptômes nasaux.

Ces symptômes sont plus souvent dus à un trouble vaso-moteur qu'à une crise de coryza spasmodique véritable. Ces troubles vaso-moteurs du nez et du rhino-pharynx se voient dans tous les types de sensibilisation, mais ils se rencontrent davantage dans les cas d'asthme des foins.

Dans cette série de cas d'asthme, 77,9 pour 100 avaient des anomalies du nez et du rhino-pharynx, d'ailleurs minimes et ne semblant pas avoir de rapports avec l'asthme. En effet, l'hypertrophie des cornets et l'hyperplasie des sinus sont le plus souvent le résultat de l'asthme que la cause. On voit ces symptômes surtout dans les cas de sensibilisation aux protéines.

Sur 135 cas qui ont été opérés, 50 pour 100 ont été améliorés et trois cas ont été complètement guéris.

André Plichet.

G. P. Crowden. ***La surdité, problème national*** (*British medical journal*, n° 3842, 25 Août 1934). — La surdité est véritablement un problème national parce que l'homme dépend entièrement du sens de l'ouïe par rapport à sa famille, à ceux qui l'entourent et à tous les autres hommes, et parce qu'aussi on peut estimer à 40.000 le nombre de sourds complets qui existent en Grande-Bretagne et à 2.500.000 le nombre de ceux dont l'ouïe des deux côtés ou d'un seul côté est défectueuse.

Le chiffre des cas de refus pour l'engagement dans l'armée motivés par la surdité est de 50 pour 1.000. Cette cause d'exemption a le pourcentage le plus élevé en Angleterre.

En mettant de côté la surdité congénitale, les causes principales de surdité acquise sont les maladies infectieuses, les accidents, certains métiers et l'âge. Chaque cause doit avoir ses mesures de prévention, de soins.

Les infections du nez et de la gorge doivent être sérieusement soignées. Les chaudronniers, les riveteurs, les ouvriers aux métiers bruyants, ceux qui se servent d'instruments à pression pour leur travail, doivent protéger leurs oreilles avec des appareils adéquats.

Il faut surtout et avant tout soigner les oreilles des enfants à l'école dès qu'un amoindrissement de l'ouïe se fait sentir ou dès le début des maladies infectieuses.

André Plichet.

RIVISTA DI NEUROLOGIA
(Naples)

C. Cantieri. ***L'abcès tuberculeux de l'encéphale*** (*Rivista di Neurologia*, An. VII, fasc. 3, Juin 1934). — Après une revue rapide mais complète de la littérature sur ce sujet, C. rapporte un nouveau cas d'abcès tuberculeux. Une femme de 39 ans, soignée pour affection fébrile considérée comme une grippe, entre le 15e jour de sa maladie à l'hôpital pour des accidents cérébraux étiquetés hémorragie cérébrale. Le décès survint 7 jours après son entrée, temps pendant lequel elle présenta une fièvre irrégulière, une paralysie de la VIe et de la VIIe paire gauche, une hémiparésie droite avec ataxie légère, troubles de la marche, hémianesthésie tactile, thermique et douloureuse du même côté, de l'hypoacousie droite, de la glycosurie et un liquide céphalo-rachidien normal.

L'autopsie montra des abcès multiples du cerveau, de dimension variable, dans le lobe frontal droit, le cervelet, et à divers étages de la protubérance. Le pus épais, verdâtre contenait des bacilles de Koch par gros amas. Dans un examen histologique très complet de la paroi de l'abcès C. montre que cette dernière offre de dedans en dehors une 1re zone de réaction cellulaire, une 2e histio-vasculaire, une 3e de réaction microgliale, une 4e de réaction macrogliale plasmatique. Il s'agit d'une réaction mésodermique de tout le tissu réticulé histiocytaire.

L'examen clinique, ni même l'examen histologique ne peuvent montrer la nature tuberculeuse d'un abcès; la présence seule du bacille de Koch en est capable. Bien différent d'un tubercule ramolli, l'abcès tuberculeux évolue en effet comme un abcès chaud, et ne présente aucune lésion folliculaire dans sa paroi. Il est dû à une infection massive par le bacille de Koch se faisant par voie sanguine.

H. Schaeffer.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Max Lüdin. ***Examen aux rayons Rœntgen des affections pancréatiques*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 29, 21 Juillet 1934). — Même en utilisant un pneumo-péritoine, on ne peut voir le pancréas normal aux rayons Rœntgen. Mais les affections qui s'accompagnent d'une augmentation de volume de cet organe peuvent, par contre, être dépistées par la radiographie. En cas de kystes pancréatiques, on constate que l'estomac est repoussé vers la gauche et présente une dépression arrondie de la petite courbure. Quand il s'agit de kystes du corps du pancréas la pression exercée sur l'estomac peut empêcher la partie moyenne de cet organe de se remplir. En cas de kystes de la queue du pancréas, l'estomac peut être repoussé vers la droite et le côlon vers le bas.

En cas de pseudo-kystes avec formation d'exsudat péripancréatique dans l'arrière-cavité, on observe entre la petite courbure, le foie et le diaphragme une ombre présentant le plus souvent un niveau de liquide avec vésicule de gaz au-dessus.

La pancréatite chronique, qui s'accompagne d'augmentation de volume et de consistance de la tête de l'organe, peut déterminer des signes cliniques (troubles gastriques mal définis et résistance au-dessus de l'ombilic) ainsi que des signes radiologiques (dépression de bas en haut, de la région prépylorique de l'estomac avec distension de l'anse duodénale).

Le carcinome du pancréas provoque également des altérations de la forme de l'estomac souvent très caractéristiques, aussi bien de la région prépylorique que du duodénum.

P.-E. Morhardt.

F. R. Nager, H. R. Schinz et **A. Zuppinger.** ***La radiothérapie du carcinome du larynx et du pharynx. Rapport sur la guérison datant de 2 et 3 ans*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 29, 21 Juillet 1934). — Tandis que le cancer du larynx donne des résultats opératoires satisfaisants bien qu'au prix de troubles fonctionnels importants, le carcinome du pharynx et surtout de l'hypo-pharynx ne donne qu'un très petit nombre de guérisons. Aussi, dans ce dernier cas, y a-t-il lieu de se demander si on peut conseiller un traitement de ce genre au malade. Au total, la statistique de la clinique oto-laryngologique de Zurich donne, pour les années 1918 à 1929, 11 guérisons datant de 1 1/4 à 9 années sur 280 malades. Cependant, pour le cancer interne du larynx, le nombre des guérisons se serait élevé à 26 pour 100. De plus, la mortalité opératoire atteint 33 pour 100.

Depuis 1929, ces cancers ont été soumis à la méthode de Coutard : irradiations prolongées et fractionnées. Depuis lors, il a été traité ainsi 6 tumeurs de l'épipharynx. Les symptômes locaux ont disparu, mais un seul malade a vécu plus de 2 ans et 2 sont morts, sans symptômes locaux, d'une affection intercurrente. Les résultats sont également assez favorables en cas de tumeur du mésopharynx, région dans laquelle les tumeurs sont souvent des sarcomes particulièrement sensibles aux rayons Rœntgen (14 guérisons locales de 2 ans sur 51 cas traités). En cas de tumeur de l'hypopharynx, il survient souvent des complications (pneumonie par aspiration, nécrose du larynx, etc.), mais l'irradiation fait presque toujours disparaître les symptômes locaux (9 guérisons datant de plus de 2 ans sur 55 cas traités). En ce qui concerne le larynx interne, on a eu 5 guérisons sur 10 cas traités. Le traitement au radium n'a pas encore été essayé en cas de carcinome du larynx interne.

Au total, on a obtenu 20 fois sur 100 une disparition des symptômes locaux qui a duré plus de deux ans. Sur un total de 97 malades, il en est 18 qui sont restés plus de trois ans sans symptômes locaux (19,6 pour 100).

Si on considère cette statistique au point de vue simplement des effets palliatifs obtenus, on constate que ceux-ci ont été bons dans 59 pour 100 des cas traités entre 1929 et 1932 alors que dans la période allant de 1918 à 1929, cette proportion n'était que de 28 pour 100.

Au point de vue des doses, N. et ses collaborateurs remarquent qu'ils pratiquent des séances de 150 à 180 *r*, ce qui fait au total, de 5.000 à 8.000 *r* selon la durée du traitement qui a varié de 3 à 4 semaines. Mais c'est aux cures de 4 semaines qu'il est donné actuellement la préférence. Ces irradiations provoquent une réaction exsudative de la peau et fibrineuse des muqueuses, ce qui gêne beaucoup la déglutition.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG
(Berne)

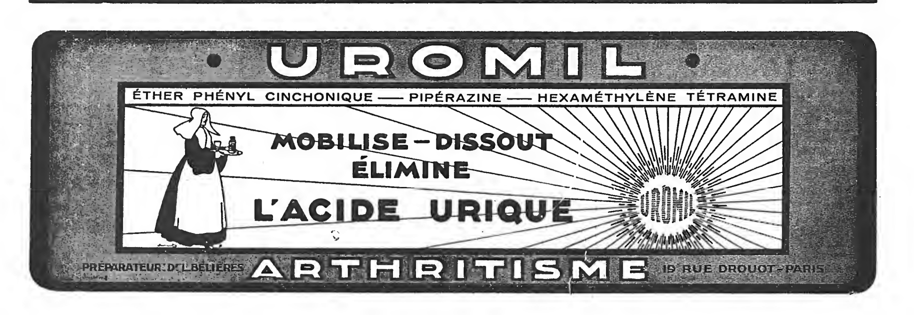
E. Glanzmann. ***Glandes endocrines et rachitisme*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. III, n° 3, Juillet 1934). — A propos d'une série nouvelle de recherches expérimentales, G. passe en revue les conceptions admises au sujet du rôle des glandes endocrines dans le rachitisme et les compare à ses propres observations.

En ce qui concerne les surrénales, il remarque que les constatations faites sont très contradictoires mais que, pour sa part, il a observé, en cas de rachitisme, une augmentation des lipoïdes de l'écorce comme il en est constaté dans d'autres avitaminoses. A props du thymus, il y a lieu de noter que dans le rachitisme, cette glande ne paraît pas en état d'hypofonction ni d'hyperfonction. Quant au rôle attribué aux parathyroïdes dans les troubles du métabolisme qui entraînent le rachitisme et la tétanie, il ne semble pas encore suffisamment expliqué, bien que certaines acquisitions soient assez significatives. Une insuffisance fonctionnelle des parathyroïdes doit en effet avoir un rôle important dans la pathogénie de la tétanie infantile. Par ailleurs, cependant, il semble bien y avoir une différence entre l'hormone parathyroïdienne et l'ergostérine irradiée.

Contrairement aux conceptions de Nitschke, G. ne pense pas que la thyroïde intervienne beaucoup dans la genèse du rachitisme. Cependant, la carence de vitamine D agit sur la thyroïde comme la carence d'iode. On pourrait donc songer que le métabolisme du calcium et celui du phosphore ainsi que l'équilibre calcium-iode ont des rapports étroits avec la thyroïde.

De plus, dans le pancréas, les îlots de Langherans sont moins nombreux, ce qui tend à faire admettre un hyperfonctionnement thyroïdien. En somme, jusqu'ici, on ne sait pas sur quelle glande endocrine la vitamine D agit primitivement.

P.-E. Morhardt.


UROMIL
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HEXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
MOBILISE – DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
PRÉPARATEUR: Dʳ L. BELIÈRES
ARTHRITISME
19 RUE DROUOT - PARIS

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

L. Babonneix. ***Une politique du lait*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVII, n° 55, 11 Juillet 1934). — Le lait destiné à l'alimentation des nourrissons devrait toujours être propre et de bonne qualité. Pour obtenir ce résultat, un contrôle régulier et précis est nécessaire. Il doit porter sur le caractère physique, chimique, biologique et bactériologique du lait, avant et après pasteurisation et être effectué dans les dépôts laitiers.

Pour éviter au lait toute contamination, il faut le préserver, dès la traite, contre toutes les fautes ou négligences capables de le souiller. Des conditions parfaites de protection étant difficiles à réaliser, on est forcé de se rabattre sur une méthode palliative qui cherche à rendre inoffensifs les laits qui, récoltés, manipulés et transportés sans soins suffisants, sont plus ou moins souillés. Si quelques maladies de la vache, comme la tuberculose, la vaccine, la fièvre aphteuse, la métrite et l'entérite, ne rendent pas le lait absolument impropre à la consommation et si celle-ci peut être autorisée après pasteurisation ou stérilisation, ce lait ne devrait pas être employé pour l'alimentation des nourrissons.

On peut, et on doit, arriver à la production d'un lait garanti, propre et de bonne qualité.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Demanche. ***Sur la présence de réagines anti-cerveau dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. V, n° 7, Juillet 1934). — D. a pratiqué comparativement avec un extrait de cerveau et avec un extrait de cœur environ 1.000 réactions de fixation, soit dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans le sérum des malades les plus variés.

La proportion de réactions positives données par l'antigène cerveau a été:

Pour le sérum: 12 pour 100 sur la totalité des syphilitiques à toutes périodes, 5 pour 100 chez les paralytiques généraux et 0 pour 100 chez les tabétiques.

Pour le liquide céphalo-rachidien: 75 pour 100 chez les paralytiques généraux (et jusqu'à 92 pour 100, en dehors des périodes de rémission); 61 pour 100 chez les tabétiques et 0 pour 100 dans la syphilis cérébro-spinale et dans les affections non syphilitiques du système nerveux.

Le liquide céphalo-rachidien des PG et des tabétiques possède donc une propriété particulière et qui lui appartient presque exclusivement, celle de réagir *in vitro* avec les extraits de cerveau. Cette réactivité fait défaut dans tous les autres liquides et d'une manière générale dans le sérum sanguin. Par là, le groupe de la parasyphilis s'oppose aux autres formes de la syphilis nerveuse; et plus généralement le liquide céphalo-rachidien au sérum.

R. Burnier.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

J. Valtis et **F. Van Deinse.** ***Recherches sur les variations biologiques du virus tuberculeux*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LIII, n° 1, Juillet 1934). — Des recherches poursuivies depuis plus de 3 ans ont permis d'isoler un certain nombre de souches de bacilles tuberculeux en partant soit de filtrats tuberculeux, soit de produits pathologiques de provenance humaine. Si on classe ces souches en faisant ressortir la forme sous laquelle la culture initiale de chacune d'elles s'est montrée, « les différents types de culture se présentent comme appartenant à des phases de plus en plus évoluées du virus tuberculeux ».

Au premier degré de l'échelle, les souches isolées sous la forme lisse et qui gardent leur caractère lisse avec les propriétés pathogènes que ce caractère comporte: virulence presque nulle pour le cobaye, toxicité et virulence très prononcées pour le lapin et la poule.

Viennent ensuite les souches isolées sous la forme lisse mais évoluées dans la forme rugueuse par passages successifs sur le cobaye. Deux souches se trouvent à des degrés différents d'évolution au moment de leur isolement de deux cobayes différents, il n'est donc pas toujours nécessaire d'effectuer des passages en séries pour obtenir les différents degrés d'évolution du virus tuberculeux.

Le stade suivant semble être constitué par des cultures se présentant sous la forme rugueuse et non dissociées par passages sur des animaux; elles tuberculisent rapidement le cobaye et présentent pour le lapin une virulence toute spéciale.

Enfin, il existe des souches rugueuses et non dissociées spontanément, virulentes pour le cobaye, mais dépourvues de toute virulence pour le lapin qui, par conséquent, doivent être considérées comme des souches classiques de bacille tuberculeux du type humain.

La forme lisse de la colonie du bacille tuberculeux représente un degré moins élevé dans l'échelle de l'évolution du virus tuberculeux que la forme rugueuse. Les souches lisses, qui ne se modifient pas par passages sur l'animal, proviennent toutes de filtrats tuberculeux ou de cobayes inoculés avec des filtrats tuberculeux. On peut donc penser que la forme sous laquelle se présentent les cultures initiales des souches isolées dépend du stade de développement du virus tuberculeux au moment de l'isolement. La distinction du bacille tuberculeux en 3 types autonomes, humain, bovin et aviaire, est trop rigoureuse, il existe des transitions entre eux et ces types ne représentent apparemment que les effets d'une adaptation à l'une ou l'autre espèce animale d'un seul virus, le virus tuberculeux.

Robert Clément.

A. Beck. ***Sur les relations entre la démence précoce et la tuberculose. 1. Etude sérologique*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LIII, n° 2, Août 1934). — Si l'on considère la démence précoce comme une maladie nerveuse chronique produite par l'action du virus tuberculeux, on doit trouver dans le liquide céphalo-rachidien des modifications sérologiques dues à l'infection causée par ce virus. Sur 42 liquides céphalo-rachidiens de déments précoces examinés, on ne constata ni la présence d'anticorps ni celle d'antigènes. Il est vrai que sur 10 liquides céphalo-rachidiens de méningites tuberculeuses, 4 seulement contenaient des anticorps tuberculeux, aucun ne montrait de pouvoir antigénique.

La réaction de Vernes fut toujours négative dans le liquide céphalo-rachidien des déments précoces et positive dans tous les liquides céphalo-rachidiens de méningite tuberculeuse (entre 60 et 392, presque toujours au-dessus de 100).

Dans le sérum de 65 déments précoces examinés, la recherche des anticorps tuberculeux a été positive dans 21,5 pour 100 des cas, tandis qu'elle fut toujours négative pour 50 sérums témoins d'autres malades mentaux.

La réaction de Vernes dans le sérum a été positive dans 10,7 pour 100 des cas de démence et dans 2 pour 100 des autres affections mentales.

Les cuti et intra-dermo-réactions à la tuberculine et à un filtrat de bacille tuberculeux jeune riche en ultra-virus ont donné un résultat positif chez 96 pour 100 de déments précoces et 91, 5 pour 100 des autres malades mentaux. La réaction allergique était souvent plus marquée chez les déments précoces que chez les autres. Il n'y eut pas de réaction dissociée.

Les résultats obtenus permettent seulement de conclure à la fréquence de la tuberculose chez les déments précoces et non à son rôle étiologique dans cette affection.

Robert Clément.

G. Ledentu. ***La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LIII, n° 2, Août 1934). — L. passe en revue l'évolution de la maladie du sommeil depuis les efforts de la mission de prophylaxie dans les différentes zones du Cameroun.

Sous l'influence des campagnes prophylactiques qui se succèdent depuis une huitaine d'années, la maladie du sommeil est en régression générale. Cette diminution est surtout marquée dans les aires d'extension périphériques qui ont, pour la plupart, fait aujourd'hui retour à un état d'endémicité très faible. Dans certains anciens foyers, la trypanosomiase non seulement résiste, mais augmente légèrement. Cependant, les indices du virus en circulation qui étaient, de 1926 à 1928, de 35 à 45 pour 100 dans ces régions, dépassent exceptionnellement aujourd'hui 5 pour 100.

Il est impossible de savoir les raisons pour lesquelles la trypanosomiase, dans des conditions de traitement identiques, cède facilement en certains points et résiste en d'autres.

Le traitement prophylactique semble perdre de son efficacité pour la stérilisation rapide des porteurs de germes. D'autre part, la ponction lombaire montre que les anciens trypanosomés, survivant après 5 ans et en excellent état général, présentent encore des altérations méningées dans 1/4 des cas. Le traitement uniforme a été une nécessité en présence d'une épidémie rapidement envahissante et il a donné, au point de vue préventif, de très brillants résultats, mais il devient insuffisant puisque les contrôles indiquent que 20 pour 100 des porteurs de germes ne sont pas stérilisés après la tournée du traitement. Il faut prescrire la dose limite tolérable déterminée d'après le poids et surtout contrôler les résultats du traitement aussitôt après son achèvement à la fois par l'examen du sang et celui du liquide céphalo-rachidien. Selon le nombre des

malades, présentant encore des trypanosomes dans leur organisme, il faut organiser une nouvelle tournée de traitement ou envoyer les sujets résistants au traitement omnibus dans une formation sanitaire.

Le service de prophylaxie a encore à jouer au Cameroun un rôle extrêmement important; si les résultats obtenus sont déjà considérables, la lutte n'est pas terminée.

ROBERT CLÉMENT.

W. Nyka. ***Le virus syphilitique : Ses variations morphologiques, sa multiplication et son action pathogène*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LIII, n° 3, Septembre 1934). — Ayant constaté dans 2 syphilomes, un en voie de formation, un en voie de résorption, la présence de spirochètes presque typiques et de forme filamenteuse, doués suivant les segments d'une affinité variable pour les sels argentiques, N. s'est livré à l'étude expérimentale du virus syphilitique sur le lapin d'abord, puis sur la souris. Les organes, particulièrement les ganglions, prélevés chez ces animaux syphilisés, ont permis de suivre les modifications d'aspect morphologique que le virus subit à leur intérieur.

Il conclut de ces travaux que l'agent étiologique de la syphilis comporte 2 aspects morphologiques distincts: la forme tréponémique et la forme filamenteuse avec entre les deux toute une gamme de formes de transition.

La transmission de la syphilis se fait par le tréponème dont le rôle et l'existence sont éphémères: il disparaît une fois l'infection du nouvel hôte réalisée. La forme filamenteuse constitue la forme d'état du virus syphilitique, c'est à elle qu'il faut attribuer la pathologie caractéristique de la syphilis. Le changement de l'aspect morphologique n'entraîne pas de modifications des propriétés biologiques.

Sous la forme tréponémique, le parasite peut pénétrer dans les cellules et pulluler à leur intérieur soit dans le cytoplasme, soit dans les noyaux, c'est donc un virus cytotrope. Il perd sa forme spiralée à l'intérieur des cellules et en dehors d'elles. Sous sa forme filamenteuse, le germe peut se multiplier par divisions transversales; les fragments résultant peuvent reconstituer des spirochètes.

Les cellules lymphatiques et nerveuses paraissent particulièrement sensibles à l'égard du virus syphilitique.

Le virus syphilitique n'avait pas été vu jusqu'à présent sous sa forme filamenteuse à cause de la faible colorabilité des filaments.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

A. Landau, M[lle] M. Markson, T. Goliborska et I. Lewicki (Varsovie). ***Sur la qualité du sang circulant et son comportement dans l'insuffisance cardiaque chronique*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, t. XXVII, n° 8, Août 1934). — Cet important travail est le résultat de recherches minutieuses portant sur 83 cas.

L'étude de 28 cas avec circulation troublée mais compensée montre que la myodégénérescence du cœur et l'hypertension artérielle vont de pair avec une normovolémie, les lésions mitrales et l'emphysème pulmonaire avec une hypervolémie. Dans l'emphysème pulmonaire, cette hypervolémie a un caractère polycythémique (indice hématocritique de 60 pour 100, au lieu de 50 pour 100). L'albuminurie dans l'hypertension (comme indice d'une néphrosclérose latente ou déclarée), l'endocardite évolutive et l'étiologie syphilitique abaissent l'indice hématocritique.

Les études de la quantité du sang circulant chez les 52 sujets avec décompensation ont été rapportées au poids minimum du corps après la disparition des œdèmes. La quantité moyenne du sang circulant dans ces cas était de 118 cmc/kilo, celle du plasma 53 cmc/kilo et l'indice hématocritique, 53 pour 100. L'insuffisance du myocarde avec œdèmes et ralentissement circulatoire est donc caractérisée par l'hypervolémie. Et l'hypervolémie polycythémique la plus accentuée s'observe dans l'emphysème pulmonaire.

La « minusdécompensation » n'a été observée que dans 3 cas, soit 6 pour 100 de tous les cas étudiés.

Chez 17 malades, la détermination de la quantité du sang circulant fut effectuée plusieurs fois, pour étudier l'influence de la compensation et de la perte des œdèmes. Après la recompensation, la quantité du sang circulant diminua, mais la quantité diffère suivant le sujet. La quantité moyenne du sang circulant chez ces 17 malades pendant la décompensation était de 22 cmc/kilo et après la disparition de celle-ci, de 104 cmc/kilo.

Il n'a été trouvé aucun rapport numérique entre la quantité du sang circulant et le métabolisme basal.

Dans la décompensation, à chaque cmc d'O_2 transporté des poumons et absorbé par les tissus (différence artério-veineuse) correspond une quantité plus grande du sang circulant. Alors que chez l'homme normal et dans la circulation compensée à 1 cmc d'O_2 de différence artério-veineuse correspondent 13 cmc de sang circulant, dans la décompensation consécutive à la myocardite et à l'emphysème pulmonaire, elle est plus haute et atteint même 20 cmc.

L. RIVET.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

Erich Stern. ***La microscopie capillaire et son importance en neuro-psychiatrie infantile*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVII, n° 7, Juillet 1934). — La microscopie capillaire a été introduite en médecine par Otfried Müller et ses collaborateurs. Les capillaires peuvent être observés aisément sur le vivant au sillon unguéal et l'annulaire de la main droite est particulièrement propice à cet examen. Pour rendre transparente la couche supérieure de la peau, on lave le doigt avec quelques gouttes d'huile de cèdre et on laisse une ou deux gouttes à la rainure de l'ongle. On peut ensuite procéder à l'examen avec un microscope quelconque. L'agrandissement le meilleur est de 30 à 50. Il existe des microscopes spéciaux pour le microscope capillaire, permettant de prendre des photographies.

Après avoir reproduit le schéma de Th. Hœpfner concernant le développement normal et pathologique des capillaires, E. S. indique qu'on peut distinguer: 1° *les néocapillaires*, formes normales des adultes et des enfants au delà de la première ou deuxième année ; 2° *les archiformes*, qu'on observe dans certaines maladies; 3° *les mésoformes*.

Chez les crétins on trouve en général les formes les plus primitives des capillaires, celles qui sont normales pour les nourrissons dans les premières semaines de la vie. Dans certains cas d'imbécillité, on trouve des pseudo-néocapillaires gigantesques. Les troubles de développement des capillaires sont l'expression d'une dysfonction des glandes endocriniennes. On trouve également très souvent ces types de capillaires dans les régions où il y a beaucoup de goitre, ainsi que chez de nombreux névropathes et psychopathes.

Jaensch et ses collaborateurs insistent sur le fait que les graves troubles du développement des capillaires sont l'expression d'une infériorité constitutionnelle, qui peut être latente. Si on examine un grand nombre d'enfants, on note de très intéressantes relations entre l'intelligence, les résultats du travail scolaire et l'état capillaire.

Les renseignements fournis par la microscopie capillaire sont utiles pour le traitement. Dans tous les cas où l'on trouve des formes primitives (des archiformes ou des mésoformes), il faut instituer une thérapeutique endocrinienne.

G. SCHREIBER.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

J. Ducuing, C. Soula et R. Fränkel. ***La gastrectomie totale chez l'homme*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLIV, n° 2, Août 1934). — L'important mémoire de D., S. et F. est une étude complète (d'après 132 cas publiés et retenus comme répondant bien à l'objet de l'étude, celle de la gastrectomie *vraiment totale*) qui aborde successivement l'historique, les indications cliniques, les techniques, les soins pré- et post-opératoires, les résultats précoces, les résultats éloignés non seulement au point de vue de la survie, mais encore de l'étude des fonctions digestives dans les conditions nouvelles créées par l'opération radicale.

Cette étude, en dehors des observations recueillies, a pour base l'expérience acquise au cours d'une longue expérimentation chez le chien et par la réalisation d'une gastrectomie totale chez l'homme dont l'observation, communiquée à la Société de Chirurgie de Toulouse, en Mars 1934 (D. et F.), n'est pas rapportée.

Il n'est donc possible que d'indiquer les conclusions essentielles.

La gastrectomie totale trouble peu la digestion et les problèmes qu'elle soulève concernent surtout les modifications humorales.

Elle n'est pas qu'une opération d'exception, meurtrière, imposée dans quelques cas par l'extension des lésions cancéreuses gastriques, mais avec Bernays, Harvie, Kelling et d'autres, D., S. et F. la regardent comme l'opération indiquée d'après les principes généraux de la chirurgie du cancer, dans tous les cas de cancer gastrique. Ainsi envisagée, elle est, au point de vue technique opératoire, très possible et, d'après leur expérience chez l'animal, D., S. et F. ne la jugent pas plus difficile à réaliser qu'une gastro-pylorectomie.

La question au point de vue du succès opératoire est différente, et, chez l'animal, comme chez l'homme, la mortalité est actuellement très élevée, causée pour tous deux par la péritonite due à la désunion primaire ou secondaire des sutures.

La réalisation de cette gastrectomie totale de principe reste donc subordonnée à la sécurité de ses suites et elle ne pourra être discutée et réalisée que si l'on arrive à vaincre les difficultés signalées.

Bibliographie complète.

P. GRISEL.

P. Moulonguet et J. Rousset. ***Les abcès ossifluents chroniques à staphylocoque (Périostite albumineuse d'Ollier et Poncet)*** [*Journal de Chirurgie*, t. XLIV, n° 2, Août 1934]. — M. et R. rappellent d'abord l'observation, déjà publiée, d'un jeune homme de 19 ans, traité antérieurement à Berck pour ostéite fistuleuse du péroné, qui présentait à la partie antérieure de la cuisse une collection enkystée, qui put être enlevée en masse sans que l'intervention ait établi l'existence de lésions de l'épine iliaque dont son pôle supérieur était voisin. Cette poche contenait un litre environ de liquide poisseux avec des amas fibrineux abondants dont la culture révéla la nature en indiquant la présence de staphylocoque doré.

La seconde observation est celle d'un jeune homme de 16 ans traité antérieurement pour ostéomyélite aiguë, grave, primitive, de l'extrémité supérieure du tibia gauche, puis pour un foyer secondaire du radius droit. A sa sortie de l'hôpital, en Mars 1933, après 2 ans de traitement, il existe déjà, à la racine de la cuisse droite, une petite tuméfaction simulant une adénite, dont l'accroissement motive le retour dans le service en Juillet. C'est maintenant une collection de 10 à 12 cm. de longueur descendant de l'épine iliaque vers la cuisse en suivant le bord externe du triangle de Scarpa. En raison des renseignements étiologiques, le diagnostic est fait, mais la ponction destinée à permettre l'examen du liquide reste blanche. L'opération permet, comme dans le cas précédent, d'enlever la collection enkystée en masse, en la détachant d'un coup de ciseaux de l'épine iliaque qui ne présente pas de lésions d'ostéite.

La poche est à parois fongueuses très épaisses, et quoique du volume et de la forme d'un gros rein, elle ne contient en son centre que quelques centimètres cubes de liquide sanguinolent. La culture a donné du staphylocoque doré qui n'a pu être retrouvé sur les coupes de la coque épaisse.

Au cours de l'étude de cette manifestation atténuée de l'ostéomyélite, M. et R. admettent les 3 types anatomo-cliniques déjà indiqués par Poncet :

La forme extra-périostique, à laquelle appartiennent les deux observations que nous venons de résumer et qui la caractérisent.

La forme sous-périostique peut correspondre à des lésions osseuses importantes avec nécrose et formation de séquestres et à des manifestations cliniques graves qui font que c'est avec surprise, au cours de l'intervention, qu'on voit s'échapper, non du pus, mais un liquide séro-albumineux sanglant.

La forme mixte où la collection extra-périostique a une origine sous-périostique primitive; la même dénomination pouvant dans d'autres cas répondre non à la localisation de l'abcès, mais à sa nature par suite de l'existence simultanée de deux collections : l'une suppurée habituelle, l'autre, albumineuse.

Après avoir donné un résumé de 27 observations recueillies, M. et R. concluent en faveur du traitement chirurgical par l'exérèse complète de la poche pyogène. Bibliographie.

P. Grisel.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

R. Gilbert et **L. Babaiantz.** ***Séméiologie radiologique de l'infantilisme intestinal (maladie de Herder)*** [*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVIII, n° 7, Juillet 1934]. — G. et B. font un historique rapide de la question de l'infantilisme intestinal qui, signalé dès 1888 par S. Gill, n'a été vraiment étudié qu'après les travaux de Herder en 1908. Ils rappellent les principaux signes cliniques de cette affection, assez fréquente dans la seconde enfance, dont le diagnostic peut, en raison des symptômes, prêter à confusion, et qui constitue une « affection constitutionnelle fort complexe, d'étiologie et de pathologie inconnues, matériellement quasi *sine materia* ».

G. et B. rapportent une observation de maladie de Herder chez une fillette de 7 ans et demi et s'attachent plus particulièrement dans ce travail aux *signes radiologiques* du tube digestif, qui présentent un réel intérêt, tant pour orienter le diagnostic qu'en vue d'un diagnostic différentiel. Ils notent plus spécialement : 1° *les troubles de la motricité gastro-intestinale*, c'est-à-dire une incoordination dans la traversée digestive (dyskinésie) dont le degré, comme la nature, peuvent varier suivant la gravité des cas : soit accélération simple au niveau des segments gastro-jéjunaux et ralentissement au niveau du côlon gauche, soit ralentissement général du transit.

Une constatation fréquente est le déséquilibre du transit consistant, à la fois, en hyperkinésie et insuffisance de propulsion des matières (ce qui tient probablement à l'abondance du liquide contenu dans l'intestin).

En réalité ces troubles n'ont qu'une valeur séméiologique relative, et, plus caractéristiques sont : 2° *les signes morphologiques*. Ce qui frappe surtout c'est la présence d'images hydro-aériques rappelant, signes cliniques en moins, le tableau radiologique d'une occlusion intestinale (abondance de liquide jointe à la pneumatose), la distension modérée des anses grêles et du côlon, la dispersion des images donnant un aspect étagé (avec flou et distribution anormale des anses grêles opacifiées), un aspect floconneux du contenu colique (du fait du mélange du baryum avec le liquide non résorbé).

Ces signes coexistent avec des évacuations alvines exagérées.

Si dans le cas qu'ils ont résumé G. et B. ont constaté au niveau d'un fragment de squelette (membre inférieur) un certain degré d'ostéoporose avec stries transversales métaphysaires (qualifiées d'arrêt de croissance), ils pensent que c'est surtout l'examen du tube digestif qui est susceptible, s'il ne donne pas à coup sûr un tableau pathognomonique, d'orienter ou de confirmer le diagnostic de la maladie.

Morel Kahn.

LE NOURRISSON (Paris)

A.-B. Marfan. ***Esquisse d'une conception du lymphatisme*** (*Le Nourrisson*, XXII[e] année, n° 4, Juillet 1934). — Les définitions diverses qu'on a données du lymphatisme depuis 1855 sont imprécises. Après l'avoir d'abord exclu de son vocabulaire M. a été amené à l'adopter à la suite de ses travaux sur le rachitisme.

M. définit le lymphatisme un état caractérisé par une hyperplasie persistante plus ou moins généralisée des ganglions lymphatiques et des tissus lymphoïdes, résultant des réactions communes, non spécifiques que peuvent déterminer dans les organes ou tissus la plupart des infections et intoxications prolongées. Cet état, propre à l'enfance, s'observe surtout dans les premières années.

Le lymphatisme se manifeste surtout par la *polyadénite* des ganglions périphériques cervicaux, axillaires et inguinaux. Parfois les ganglions sont petits et durs, semblables à des grains de plomb (*micropolyadénie*). Les formes plus sévères du lymphatisme peuvent englober les ganglions occipitaux, thoraciques, sous-axillaires et sus-épitrochléens.

Le lymphatisme s'accompagne souvent d'une *anémie* ordinairement légère. Dans certains cas on note en outre *l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngées* et plus rarement chez des enfants âgés de moins de trois ans *l'hypertrophie de la rate ou du thymus*.

M. signale que *les déformations osseuses rachitiques* sont presque constamment associées à la polyadénie (plus de 85 fois sur 100), ce qui l'a incité à proposer d'appeler le rachitisme : « *ostéo-lymphatisme* ».

A l'autopsie des sujets lymphatiques on peut trouver en outre des adénopathies du *médiastin* et du *mésentère*, l'hyperplasie des amas lymphoïdes qui tapissent le tube digestif.

Les lésions microscopiques ganglionnaires consistent essentiellement en une hyperplasie cellulaire et une hyperplasie fibreuse mélangées en proportions diverses. Dans la rate, le thymus et les amas lymphoïdes, on peut trouver en outre, chez les très jeunes enfants des foyers myéloïdes.

L'habitus extérieur des sujets lymphatiques est très variable : il en est de maigres, il en est de gras et chez ces derniers on peut observer *l'état lymphatico-thymique*, décrit par Paltauf en 1890. Cet état coïncide toujours avec le rachitisme.

Au point de vue *étiologique*, M. répartit les causes du lymphatisme en trois groupes : 1° *une infection bénigne ou sévère, mais prolongée;* 2° *une dystrophie d'origine alimentaire;* 3° *des troubles digestifs persistants*.

Parmi les infections prolongées interviennent surtout la grippe saisonnière, la suppuration du cavum avec otite, la broncho-pneumonie, la diphtérie chronique des fosses nasales, la syphilis, la tuberculose surtout dans ses formes lentes et plus particulièrement lorsqu'elle revêt la forme de la scrofule. Le lymphatisme s'observe aussi dans la *dystrophie des enfants privés du sein les premiers jours de la vie*; le *scorbut infantile*; la *diarrhée chronique des nourrissons;* la *maladie cœliaque*.

Par quel mode ces diverses causes déterminent-elles le lymphatisme ? M. écarte l'hypothèse d'une réaction locale et admet qu'il s'agit d'une réaction générale du système lymphatique se produisant chez des sujets ayant une *constitution native* particulière.

Au point de vue des *rapports du lymphatisme avec la scrofule et la tuberculose* M. considère que le lymphatisme n'est ni le premier degré, ni une cause prédisposante de la scrofulo-tuberculose ou de la tuberculose, mais qu'il en est un symptôme presque constant dans l'enfance. La tuberculose, dans ses formes occultes ou à marche lente, est une cause fréquente de lymphatisme.

Le lymphatisme, par lui-même, n'entraîne aucune conséquence fâcheuse, mais il importe de dépister sa cause.

Lorsque la polyadénie s'accompagne de l'intumescence bilatérale des ganglions sus-épitrochléens, on doit soupçonner l'existence de la syphilis, de la tuberculose ou du kala-azar. L'hypertrophie chronique de la rate associée à la polyadénite fera penser particulièrement à la syphilis, dans nos climats, surtout si elle est décelée avant quatre ou cinq mois.

Le *traitement* du lymphatisme consiste à combattre la cause, à surveiller l'alimentation, à prescrire la vie au grand air. L'héliothérapie et les rayons ultra-violets sont à recommander. Les cures de Salies-de-Béarn et de la Bourboule sont particulièrement efficaces.

G. Schreiber.

L. Ribadeau-Dumas et **M[lle] Barnaud.** ***Sur les vomissements de la première enfance, disparaissant dans certaines positions*** (*Le Nourrisson*, XXII[e] année, n° 4, Juillet 1934). — R.-D. et B. rapportent quatre observations, d'inégale valeur, concernant des nourrissons qui vomissaient dans une position et non dans une autre.

Le premier enfant, âgé de 14 mois, présente des vomissements incoercibles avec amaigrissement intense et état général très mauvais. En dépit de tous les traitements diététiques et médicamenteux une issue fatale paraît prochaine. On place l'enfant après chaque biberon dans le décubitus ventral : les vomissements disparaissent presque complètement et le poids augmente. Contre-épreuve : l'enfant maintenu dans le décubitus dorsal se remet à vomir et à perdre du poids.

La seconde observation ressemble à la précédente, mais l'existence d'accidents infectieux concomitants rend le diagnostic plus difficile.

Le troisième enfant, hérédo-syphilitique, présentait dès la naissance une compression gastrique par le foie et la rate hypertrophiés et immobiles. Cette compression, traduite par des cris et des

vomissements, s'exerçait en position verticale ou oblique; elle cessait dans le décubitus dorsal.

La quatrième observation est celle d'un nourrisson qui vomit après chaque repas pendant le premier mois et qui cessa de vomir après avoir été couché par hasard sur le côté gauche.

R.-D. et B. pensent que les deux premiers cas sont dus à la compression de la troisième portion du duodénum par l'artère mésentérique supérieure. Pour formuler cette hypothèse ils s'appuient sur la notion d'un syndrome duodénal dans la première enfance décrit surtout par Miller et Gage et sur l'existence de nombreux faits connus de sténose artério-mésentérique de DIII (observation de Duval et Roux chez l'enfant).

G. Schreiber.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Cade et **M. Milhaud.** ***Le syndrome hypersthénique dans le cancer de l'estomac*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XV, n° 351, 20 Août 1934). — Dans 13 observations, le cancer de l'estomac a présenté une forme douloureuse hypersthénique. Il faut nettement distinguer ces cas de ceux dans lesquels une longue évolution de douleurs tardives périodiques permettent d'admettre légitimement que le cancer s'est greffé sur un ancien ulcère. Dans les observations rapportées, la maladie a évolué en quelques années (5 au maximum) et même parfois en moins d'un an. Les éléments cliniques sur lesquels on se fonde pour faire le diagnostic du cancer sont l'absence ou le peu de netteté de la périodicité des phénomènes, des vomissements, importants, répétés et précoces, l'action calmante de l'alimentation et des médicaments moins évidente et moins durable que dans l'ulcère, l'amaigrissement rapide avec anémie, les hémorragies occultes plusieurs fois constatées. On ne peut guère compter sur le chimisme gastrique qui montre parfois une hyperchlorhydrie comme dans l'ulcère. La radioscopie, et à son défaut, la radiographie, apportent des éléments décisifs au diagnostic.

La forme hypersthénique du cancer de l'estomac traduit le plus souvent l'absence d'une localisation pylorique ou prépylorique. Anatomiquement, il peut s'agir d'un ulcéro-cancer ou d'un cancer ulcérisé, mais aussi tout simplement de cancer banal.

L'éventualité d'une forme douloureuse hypersthénique du cancer de l'estomac est importante à connaître car elle permettra de dépister derrière un syndrome ulcéreux un cancer possible.

Robert Clément.

A. Cade et **R. Cade.** ***Diagnostic de la lithiase pancréatique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XV, n° 351, 20 Août 1934). — Le diagnostic de la lithiase pancréatique est encore très difficile. Le diagnostic clinique est basé sur les douleurs spontanées, paroxystiques, continues ou subcontinues et parfois sur la constatation d'une tumeur pancréatique. Les troubles fonctionnels d'ordre dyspepsique, l'atteinte profonde de l'état général, les signes d'insuffisance pancréatique externe, la constatation de calculs, composés uniquement de phosphates et de carbonates de chaux dans les selles, sont des signes de valeur. Mais ces symptômes sont souvent absents, discrets ou anormaux et les complications viennent augmenter les difficultés du diagnostic, de sorte que celui-ci est souvent impossible.

La radioscopie est de peu de secours, mais les radiographies, pratiquées dans de certaines conditions, peuvent permettre, non sans difficulté d'ailleurs, de découvrir et d'affirmer l'existence de la lithiase pancréatique. Le diagnostic radiologique est simple dans la lithiase généralisée ou dans la lithiase localisée à granulations nombreuses à la condition d'éliminer la cause d'erreur que peuvent donner des petites taches barytées dans l'ampoule de Vater, dans un diverticule duodénal ou dans un repli du côlon. Lorsque la lithiase pancréatique n'est représentée que par 1 à 3 calculs, le diagnostic radiologique est très difficile avec les ombres calculeuses du rein, des uretères, des voies biliaires, avec les ganglions calcifiés, etc...

Les progrès de la recherche radiologique permettront de montrer que la lithiase pancréatique est moins rare qu'on ne le pensait jusqu'ici.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Werner Voigt et **H. Schülke.** ***Etude de l'acide urique au point de vue de la pathologie fonctionnelle des reins*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 27, 7 Juillet 1934). — V. et S. ont cherché à préciser le diagnostic de prénéphrite, plus spécialement dans la scarlatine, afin de mettre en évidence tous les intermédiaires entre le rein normal et la glomérulonéphrite diffuse. Pour cela, ils ont déterminé, chez 20 sujets atteints de scarlatine, la pression, l'azote résiduel, l'acide urique du sang. En même temps, ils ont procédé à des analyses d'urine et du sérum recueilli dans une ampoule provoquée par un emplâtre de cantharide de 2 cm. laissé en place pendant 22 heures. Ces recherches ont également été pratiquées dans 2 cas d'angine, 2 cas de diphtérie, 1 cas de pneumonie et 1 cas de rougeole.

Il a été constaté chez les scarlatineux 2 cas de néphrite dont le premier signe a été une élévation de l'acide urique du sang. Chez les autres scarlatineux, il n'a pas été observé de signes de néphrites et notamment pas d'élévation de la pression ni d'œdème ni d'hématurie. Mais la courbe de l'acide urique s'est néanmoins notablement élevée entre le 10e et le 23e jour pendant un temps qui a varié de 5 à 7 jours. Cette élévation varie de 1 à 2 milligr. pour 100 gr. Dans le liquide de l'ampoule, on a trouvé une quantité d'acide urique beaucoup plus élevée que dans le sang, surtout en cas de glomérulonéphrite.

Dans les 2 cas d'angine, on a constaté également une phase d'hyperuricémie. Il en a été de même dans un des deux cas de diphtérie. Ce phénomène n'a pas été constaté dans le cas de rougeole.

L'uricémie de la scarlatine est exactement la même qu'il y ait néphrite ou non et ce phénomène doit être considéré comme un signe d'insuffisance rénale. En cas de néphrite, V. et S. ont effectivement constaté une divergence passagère des courbes du sang et du sérum de l'ampoule aussi bien quand il y avait néphrite que dans les autres. Ce phénomène doit être considéré comme caractéristique de l'insuffisance rénale. Leur convergence, au contraire, montre que les fonctions se sont rétablies.

Le rôle du foie dans ce phénomène ne doit pas être important d'abord parce que, en cas d'ictère simple, on constate de l'hypouricémie et ensuite parce que l'hépatite est extrêmement rare dans la scarlatine.

L'étude du sérum des ampoules a montré, en outre, une augmentation des lympho-histiocytes, phénomène qu'il y a lieu de considérer de même que l'hyperuricémie, comme un phénomène allergique intéressant à la fois le rein et le prérein.

P.-E. Morhardt.

R. Gaupp. ***Diabète insipide et diencéphale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 28, 14 Juillet 1934). — G. donne l'observation d'un homme de 35 ans qui, à la suite d'un accident d'automobile, est resté une heure inconscient. Au bout de trois jours, il commence à éprouver une sensation de soif marquée qui s'accentue progressivement et qui l'amène à boire, le 5e jour, 22 litres de liquide. Sous l'influence d'un extrait post-hypophysaire (tonéphine), la quantité de liquide ingérée se réduit à 5 litres par jour. Quelques semaines plus tard, en l'absence de traitement, les boissons ingérées remontent à 20 litres de liquide en même temps qu'on constate de l'hyperchlorémie. A ce moment, en administrant de fortes doses d'hormone (1 cmc d'hypophysine), on ne diminue pas la soif mais la diurèse se trouve inhibée si bien qu'il apparaît parfois de l'œdème. On constate, en outre, des palpitations, du météorisme et de l'anxiété. L'état mental est d'ailleurs très troublé (tentative de suicide, accès de colère, etc.). Il survient, de plus, une hémiparèse gauche accompagnée de troubles ataxiques légers. Finalement, les préparations hypophysaires se montrent complètement inactives, la consommation d'eau variant de 22 à 18 litres par jour, la chlorémie atteignant 0,637 pour 100 et la densité de l'urine allant de 1.001 à 1.003. Dans l'ensemble, on a l'impression d'un cas d'encéphalite épidémique aiguë. Mais les constatations cliniques conduisent à admettre l'existence d'une lésion traumatique du diencéphale qui s'étend vraisemblablement jusque dans le pédoncule cérébral droit sans qu'on puisse affirmer que l'appareil tubéral et l'hypophyse sont atteints.

A ce propos, G. remarque qu'il est difficile d'attribuer le diabète insipide exclusivement à une lésion, soit de l'hypophyse, soit du diencéphale. D'autre part on hésite à reconnaître à la substance cérébrale humaine, la propriété de fabriquer une hormone. Néanmoins les poissons, les reptiles et les amphibies présentent dans le diencéphale des cellules ganglionnaires qui possèdent une activité sécrétrice. Dans les noyaux supra-optiques et paraventriculaires ou dans les noyaux homologues de l'homme, on trouve des cellules dont les granules de Nissl ont une disposition marginale, dont les noyaux sont souvent excentriques et les limites indécises et qui, enfin, présentent des vacuoles contenant parfois une colloïde fuchsinophile. On constate également l'existence d'une sécrétion libre dans les tissus. Cette colloïde paraît sécrétée dans le liquide céphalo-rachidien. On est donc autorisé à parler d'après G. d'une « glande diencéphalique » dont le rôle serait important dans la pathogénie du diabète insipide.

P.-E. Morhardt.

H. Hippe et **F. Lickint.** ***Le traitement de la méningite par les rayons Rœntgen*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 28, 14 Juillet 1934). — Après avoir rappelé les principaux travaux consacrés au traitement des méningites séreuses tuberculeuses, pneumococciques et épidémiques par les rayons Rœntgen, H. et L. donnent l'observation d'un homme de 24 ans qui commence le 17 Avril à présenter des signes de méningite probablement à méningocoques. Le siège des lésions se localise progressivement dans la région spinale car la colonne vertébrale est très douloureuse alors que le sensorium n'est pas touché. La maladie prend de plus en plus un caractère chronique et s'accompagne de poussées fébriles et de douleurs extrêmement vives.

On se décide à irradier la colonne vertébrale et l'occiput (7 champs de 10 x 12; 20 pour 100 de la dose d'érythème). Le résultat a été réellement remarquable notamment au point de vue des douleurs et aussi, de la fièvre, de l'appétit, etc. Enfin, au bout de 16 mois, le malade quitte l'hôpital et peut recommencer à travailler.

D'après H. et L. cette méthode de traitement mérite d'être utilisée dans les cas de méningite chronique qui entraînent le plus souvent des séquelles durables.

P.-E. Morhardt.


LES ENDOCRISINES
TOUTE L'OPOTHERAPIE
UN COMPLEXE DES "GLANDES DE L'ÉNERGIE"
LE
CRINO-STHÉNYL
COMPRIMÉS
AMPOULES
SIROP
Élève le potentiel vital
3 FORMES
COMPRIMÉS
6 comprimés par jour
SIROP
1 à 2 cuillerées à dessert par jour
1 cuillerée = 3 comprimés
AMPOULES
1 ampoule par jour
ECHANTILLONS SUR DEMANDE
AUX
LABORATOIRES FOURNIER Frères
7 RUE BISCORNET
PARIS

J. Krotoski. ***Complications encéphalopathiques de la maladie de Basedow*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 28, 14 Juillet 1934). — On a décrit à plusieurs reprises, au cours de ces dernières années, des faits d' « encéphalopathie thyrotoxique » ou de « coma basedowien » au cours desquels il apparaît des symptômes d'altération du bulbe ou des ganglions de la base. Dans une observation de K., il s'agit d'une femme de 31 ans qui présente un basedow typique (symptômes oculaires, tremblement, pouls à 124, goitre, métabolisme de base + 63 pour 100). Le traitement habituel provoque des améliorations coupées d'exacerbation. Au cours d'une de ces périodes, la malade commence à éprouver des douleurs dans le pharynx avec sensation de sécheresse dans la bouche, de l'inquiétude et de l'excitation suivie d'un état d'apathie complète au cours duquel certains symptômes de basedow s'atténuent, tandis qu'on note de la bradycinésie avec immobilité des traits du visage, chute de la mâchoire inférieure, difficulté de la déglutition, etc. Ces phénomènes s'atténuent à leur tour et le syndrome antérieur reparaît. Ultérieurement, une cure de Lugol améliore appréciablement la malade sans cependant arriver à la rendre opérable. La malade est suivie et on constate, deux années plus tard, que les symptômes de Basedow ont complètement disparu.

Jusqu'ici, cette complication a été signalée très rarement. Cependant Zondek en a publié 13 cas. D'autres auteurs ont également constaté des faits de ce genre. Il y aurait lieu d'admettre, d'après K., que cette complication est plus fréquente qu'on ne le croit. De plus, son intérêt théorique est grand car elle contribue à montrer que dans la maladie de Basedow, il doit y avoir une altération des centres nerveux due à un traumatisme psychique ou à des altérations endocriniennes et végétatives agissant sur les ganglions de la base. Effectivement, une lésion du strié peut déterminer tous les symptômes de la maladie de Basedow.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Keller. ***Electrostructure du foie et de la bile*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 29, 21 Juillet 1934). — Le foie est un organe dont les divers constituants ont la particularité de présenter les différences de potentiel les plus grandes qui s'observent dans l'organisme, le parenchyme étant positif et les capillaires biliaires négatifs. Dans la coloration vitale, le facteur électrique intervient, de même que dans la mise en dépôt de substances non colorées. La plupart des substances ainsi emmagasinées par le foie sont considérées comme anodiques (sucre, urée, acide urique, glycogène, graisses, glutathion), tandis que l'eau, le chlorure de sodium, le calcium ionisé, qui sont cathodiques, se trouvent dans la bile, dans le sang et dans la lymphe. Il semblerait donc que les capillaires biliaires qui sont électro-négatifs attirent vers eux par électrophorèse toutes les substances cathodiques qui peuvent se trouver dans le foie.

La grandeur du potentiel doit être considérée comme permettant de fixer le pronostic. Le potentiel des branchies de certains animaux d'expérience s'abaisse sous l'influence de la narcose et cet abaissement quand il dépasse un certain chiffre n'est plus réversible. De même, K. a pu constater que les rats qui succombent le plus vite dans l'air raréfié sont généralement ceux qui sont le plus pauvres en potassium, c'est-à-dire dépourvus d'une substance à potentiel très élevé.

Au point de vue thérapeutique, K. note encore que certaines substances agissent pour stimuler le foie et en augmentant le potentiel électrique. L'hépatothérapie agirait ainsi dans les anémies.

P.-E. Morhardt.

Karl Julius Anselmino et **Friedrich Hoffmann.** ***Mécanisme hypophysaire de régulation des échanges hydrocarbonés et ses troubles dans le diabète sucré*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 29, 21 Juillet 1934). — Après administration d'hydrate de carbone, il apparaît dans le sang de sujets sains une substance capable de provoquer en quelques heures, chez le rat, une forte diminution du glycogène du foie. Cette substance ne se trouve dans le sang ni à jeun, ni après un repas de graisses ou de protéines.

Cette substance capable de diminuer le glycogène du foie se retrouve également dans le lobe antérieur de l'hypophyse. On ne constate aucune différence entre les propriétés de la substance en question qu'elle soit extraite du sang ou de l'hypophyse. De plus, l'administration d'un repas ne fait plus apparaître cette substance dans le sang d'un chien dont l'hypophyse a été extirpée.

Il y a donc lieu de supposer l'existence d'un mécanisme hypophysaire de régulation des échanges hydrocarbonés. Ce mécanisme doit être localisé comme celui qui règle les échanges de graisses et qui a été également mis en évidence par A. et H.

Ceux-ci ont, du plus, recherché, chez 8 diabétiques, la présence de ces hormones des échanges d'hydrates de carbone et de graisses. Il a été ainsi constaté que chez ces malades, ces deux hormones sont très abondantes dans le sang recueilli à jeun. Il faut donc admettre que dans cette maladie, les mécanismes hypophysaires sont profondément troublés.

P.-E. Morhardt.

S. Leites. ***L'autorégulation des échanges de corps gras chez l'homme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 29, 21 Juillet 1934). — De même qu'il existe une autorégulation d'ailleurs bien souvent étudiée en matière d'échange hydrocarboné, de même il existe selon L. une autorégulation de la lipémie mise en évidence par le fait que l'hyperlipémie alimentaire est suivie d'une phase d'hypolipémie. De plus, il a été constaté que les corps gras en ingestion n'agissent pas tous de la même façon. L'huile d'olive *per os* provoque une hyperlipémie mais n'augmente que modérément les corps cétoniques. L'hyperlipémie de l'huile de lin, de l'huile de chènevis et du beurre est faible, mais s'accompagne d'une cétonémie marquée. On doit donc distinguer un groupe de graisses physiologiquement torpide d'un groupe de graisses physiologiquement réactif.

Pour préciser ces phénomènes, L. a fait consommer à une série de sujets sains, 14 à 16 heures après le dernier repas, une quantité de 75 grammes de beurre additionné de 20 gr. de pain. L'analyse du sang faite immédiatement avant cette épreuve puis toutes les trois heures a porté sur les graisses neutres, la cholestérine, les corps cétoniques, etc. Il a été procédé également à la mesure du quotient respiratoire.

La courbe de la lipémie observée dans ces conditions est commandée surtout par le chiffre constaté à jeun. Ce dernier chiffre varie de 20 à 90 milligr. pour 100 gr. Quand il est modéré (20 à 70 milligr.) le repas d'épreuve détermine une lipémie de 100 à 120 milligr. suivie entre la 6e et la 9e heure d'une phase d'hypolipémie. Celle-ci à son tour est suivie d'une augmentation de graisses neutres. Au contraire, quand la lipémie à jeun est élevée (60 à 90 milligr.), le repas de beurre provoque une diminution de graisses neutres du sang. Un phénomène de ce genre est le plus souvent observé si, aux sujets chez lesquels la graisse du sang a augmenté après le repas d'épreuve, on fait prendre une nouvelle ration de graisses au moment de l'acmé de la lipémie.

Ces variations de la lipémie sont la résultante d'une mobilisation des graisses des dépôts d'une part et, d'autre part, de leur élimination du sang vers le foie. Il s'agit là de deux phénomène d'autorégulation dont l'importance relative varie suivant le seuil de la lipémie.

Le quotient respiratoire a généralement augmenté après le repas de graisses, quand, initialement, il était plutôt faible, c'est-à-dire inférieur à 0,85. C'est l'inverse qui a été observé quand le quotient dépassait 0,88. L'administration renouvelée de graisse abaisse le quotient dans tous les cas et, en même temps, augmente les effets spécifiques dynamiques du repas d'épreuve.

Les corps cétoniques exprimés en acide β-butyrique varient normalement de 2 à 9 milligr. pour 100 gr. Quand ce chiffre est plutôt faible (2 à 6 milligr.) le repas d'épreuve gras l'augmente. Quand cette cétonémie est élevée, on constate, au contraire, un abaissement sous l'influence du repas qui, dans ces conditions, a donc une action anticétogénique. En ce qui concerne la cholestérine, il a été constaté des phénomènes tout à fait analogues. Le beurre augmente la cholestérine du sang quand celle-ci atteignait, à jeun, un taux inférieur à 140 milligr. Au contraire, quand la cholestérinémie initiale était relativement élevée, le repas d'épreuve la diminuait.

Chez des sujets présentant une constitution lipomateuse ou atteints de dystrophie adiposo-génitale, on a constaté un abaissement du seuil de la lipémie, fait qui confirme l'existence d'une lipophilie des tissus.

Il semble que cette autorégulation des graisses ait pour origine des glandes endocriniennes, hypophyse et thyroïde, et les centres végétatifs.

P.-E. Morhardt.

Karl Julius Anselmino et **Friedrich Hoffmann.** ***Modifications isolées du glycogène du foie et des corps cétoniques du sang par l'hormone des échanges hydrocarbonés et par l'hormone des échanges de graisse du lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 29, 21 Juillet 1934). — On arrive à séparer l'une de l'autre les hormones des échanges de corps gras et celle des échanges d'hydrate de carbone en ayant recours à l'ultrafiltration dans des milieux divers. A un pH de 5,3, la première de ces hormones ne traverse plus une membrane de collodion, alors que la seconde hormone filtre facilement. Il semble que la première soit précipitable d'une façon réversible quand le pH varie de 5 à 5,5. Effectivement, si on modifie la réaction du milieu de manière que le pH varie de 7 à 9, l'hormone des échanges de corps gras recommence à filtrer tandis que celle des échanges des hydrates de carbone ne filtre plus.

En utilisant l'une ou l'autre de ces deux hormones, on arrive chez le rat à faire varier séparément le glycogène du foie et les corps cétoniques du sang. Contrairement à ce qui était admis jusqu'ici, il n'y a donc pas parallélisme entre les concentrations de ces deux éléments du foie et du sang.

P.-E. Morhardt.

Bertel von Bonsdorff. ***Hépatothérapie en cas de granulocytopénie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 30, 28 Juillet 1934). — B. donne deux observations. La première concerne une jeune fille de 18 ans qui, à son entrée, présente, depuis quelques jours, des troubles de la déglutition, de la fatigue, de la douleur, de la dyspnée. On constate dans le sang l'absence de processus régénératifs et notamment de réticulocytes. En même temps, il y a leucopénie et granulocytopénie. A ce moment, le pronostic est considéré comme fatal. Néanmoins, on procède à l'administration d'une préparation de foie injectable (campolon) à la dose de 2 cmc par jour. Parallèlement, on donne de la liqueur de Fowler à doses progressives (jusqu'à 1 cmc.). Au bout d'une douzaine de jours de ce traitement, l'état général s'améliore manifeste-

ment; il reparaît, dans le sang, des normoblastes et des réticulocytes. On constate également de la polychromasie et l'apparition de granulations basophiles. En même temps, les leucocytes et les granulocytes augmentent. Cependant, l'hémoglobine s'abaisse jusqu'à 11 pour 100 et on procède à la transfusion de 500 cmc de sang. Il apparaît également un petit abcès à pneumocoques dans la partie molle du bras gauche. On procède à une cure anthelminthique qui fait éliminer un *Bothriocephalus latus* que la malade hébergeait depuis longtemps.

Deux mois après son entrée, la malade quitte l'hôpital guérie, avec un hémogramme normal. En somme, il s'agit d'une granulocytopénie cryptogénétique dans laquelle il y a lieu d'admettre que l'action du foie s'est fait sentir d'une façon absolument prépondérante.

Un second cas est peut-être encore plus démonstratif, car on n'a eu recours à aucune méthode adjuvante. Dans ce cas, l'affection était apparue à la suite d'un traitement par novarsénobenzol et bismuth.

Cette hépatothérapie est, théoriquement, aussi indiquée dans la granulocytopénie que dans l'anémie pernicieuse. Effectivement, l'administration de préparations de foie ou d'estomac agit, dans cette dernière maladie, d'une façon caractéristique sur la leucopénie qui est couramment observée. Il est vrai que dans la granulocytopénie, on n'a pas souvent noté l'absence de réticulocytes. Mais, selon B., il est probable que dans cette affection, la production de globules rouges est beaucoup plus souvent troublée qu'on ne le croit. En tout cas, dans les observations de B., les variations des leucocytes et des réticulocytes ont été parallèles. Il y a donc lieu d'admettre que des préparations de foie constituent une méthode précieuse dans la granulocytopénie. P.-E. MORHARDT.

E. Klaften. ***Nature et technique du cystodiaphanoscope*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 30, 28 Juillet 1934). — Le diagnostic de certaines affections de l'abdomen chez la femme (kystes ovariens pendant la gestation, ascite avec distension) peut soulever des difficultés considérables. C'est ce qui a amené K. à mettre au point une méthode de cystodiaphanoscopie qui consiste à illuminer la vessie, l'examen étant pratiqué dans un local obscur. Les recherches en ce sens sont poursuivies depuis 12 ans et il a été fait plus de 700 examens. Après avoir évacué la vessie, on y introduit 250 à 300 cmc d'une solution boriquée et on met en place un cystoscope dont le dernier modèle porte à son extrémité quatre lampes. Une fois l'instrument introduit, ces quatre lampes se disposent en carré donnant quatre à cinq fois plus de lumière que les dispositifs usuels.

Les kystes dermoïdes à contenu épais et opaque, les tumeurs solides ou encore les kystes à contenu sanglant, restent obscurs, tandis qu'au contraire la vessie devient lumineuse. Quand il existe du liquide mobile dans la cavité péritonéale, on constate que la vessie étant illuminée, le milieu de l'abdomen est obscur pendant que ses parties latérales sont fortement éclairées. En cas d'ascite sous tension ou de kystes ovariens géants à parois distendues, on observe des images assez analogues pour qu'elles soient assez difficiles à différencier. L'existence d'ectasies veineuses et de gros vaisseaux rendus visibles par l'éclairage peut aider au diagnostic.

L'éclairement de la vessie est dû pour une part à des réflexions lumineuses sur la surface de la muqueuse. Un phénomène analogue s'observe dans les tumeurs kystiques, ce qui explique que l'éclairement présente une accentuation marginale. Dans l'ensemble, cette méthode paraît à K. susceptible de rendre de réels services.

P.-E. MORHARDT.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin)

R. Korbsch (Oberhausen). ***Deux formes de gastrite peu connues : la gastrite membraneuse et la gastrite aphteuse*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 29, 20 Juillet 1934). — K. a observé deux cas de gastrite avec énorme production de mucosités. Dans le 1er cas la malade souffrait de douleurs analogues à celles d'un ulcère duodénal. La radiographie montrait une muqueuse enflammée, criblée de masses blanchâtres cristallines ; la plupart de ces formations disparaissaient après un lavage. Dans le second cas la radio montrait une foule d'ulcères lenticulaires et malgré un lavage d'estomac et l'emploi des alcalins on trouvait, après 10 jours, au niveau du bulbe duodénal, de nouveaux ulcères bien visibles. Un gavage par la sonde œsophagienne n'a pas empêché la gastrite de progresser.

K. croit qu'il est plus facile de guérir même de grands ulcères, non seulement par l'alimentation avec la sonde œsophagienne et le régime lacté, mais encore par des injections intra-musculaires de sang.

GUY HAUSSER.

K. Kundratitz (Vienne). ***Efficacité prophylactique et thérapeutique du vaccin anti-coquelucheux*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 32, 10 Août 1934). — K. a obtenu les meilleurs résultats en employant le vaccin préventivement ou bien au tout début de l'affection. Après l'apparition des quintes, ce vaccin amena leur cessation rapide. Mais après l'atteinte histologique des tissus pulmonaires par le bacille de Bordet-Gengou ou ses endotoxines le vaccin n'est plus guère efficace (le vaccin utilisé provenait de l'Institut sérothérapique de Vienne).

Ce vaccin améliore les résultats obtenus en période tardive par les seules médications usuelles (cardiasol-ætone).

D'autre part, K. indique que la coqueluche n'est pas individualisée uniquement par les quintes typiques mais aussi par une altération histologique de la muqueuse des bronches et du tissu alvéolaire. K. propose de tenir compte de ces altérations pour déterminer les stades différents de l'affection.

GUY HAUSSER.

G. Torok (Szagred). ***Immunohémothérapie (intramusculaire) combinée avec la réinjection de liquide céphalo-rachidien dans le traitement de la poliomyélite à la période d'état*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 33, 17 Août 1934). — On connaissait depuis longtemps le traitement de la maladie de Heine-Medin par des injections de sang de sujets guéris de cette affection (hommes, singes, chevaux) et parfois même de sujets sains, ne l'ayant jamais contractée. Ce traitement n'est efficace malheureusement qu'avant l'apparition des paralysies.

T. a obtenu de meilleurs résultats avec la méthode suivante qu'il employa même après l'apparition des paralysies :

Il commence par injecter 30 à 50 cmc de sang immunisant intramusculaire.

Le lendemain, puis tous les deux jours, il fait une série de 12 injections intramusculaires de 10 à 20 cmc de liquide céphalo-rachidien prélevé sur le sujet lui-même.

Si le traitement était entrepris avant les paralysies, il faisait ces injections jusqu'au retour à la normale du liquide céphalo-rachidien.

Dans les cas graves, après paralysies, il terminait cette série par une nouvelle immuno-injection de sang.

T. a obtenu presque à chaque fois une guérison complète sans séquelles. GUY HAUSSER.

J. Lange (Breslau). ***La castration et les psychiatres*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 33, 17 Août 1934). — L. a examiné les conséquences de la castration sur plus de 300 sujets. Il n'a pu observer de relation directe entre castration d'une part, épilepsie et schizophrénie, d'autre part, bien qu'elle ait des effets certains sur le tempérament et les sentiments de l'individu opéré.

Son état général présente beaucoup d'analogie avec celui de la femme lors de la ménopause. On constate les mêmes troubles du système végétatif, de la neurasthénie, de l'irritabilité et une tendance dépressive.

Ces symptômes peuvent ne survenir que tardivement après la castration et même vers 40-50 ans. Dans d'autres cas, la castration n'a produit aucun de ces effets, appréciables cliniquement.

Le comportement social de ces individus est presque toujours satisfaisant (criminalité de taux normal). Notons d'ailleurs que leur appétit sexuel et leur puissance est généralement conservée pendant quelques années après la castration.

GUY HAUSSER.

Keller (Prague). ***La famille du sodium*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 34, 24 Août 1934). — K. étudie les forces électriques superficielles dans les tissus et les cellules des biocolloïdes. En comparant l'électricité des corps, qui, à l'extérieur du corps vivant, dans de l'eau pure, sont électriquement neutres, K. prend comme zéro le sang parce que les structures positives des tissus sont généralement petites et difficilement mesurables avec les micro-électrodes. K. spécifie que le facteur électrique n'est en aucun cas le facteur déterminant de la composition des tissus. Sur l'exemple de l'œil, K. remarque que des corps identiques peuvent être influencés par la façon dont on les a isolés et que la polarité peut changer progressivement par simple filtration ou dialyse. Les proportions relatives des corps, l'un par rapport à l'autre, ne diffèrent pas par la grandeur des actions, mais par leur signe.

Pour les sels des alcalins, le fait d'appartenir à un groupe particulier dépend de la composition de l'acidité et des autres composants. C'est un fait que les tissus normaux se défendent fortement contre l'introduction d'eau, de Na, de Cl et d'une façon générale de tous les corps positifs biologiquement. Pour le Na, il est dissocié jusqu'à 97 pour 100 dans le sérum. Des recherches sur l'influence de l'alimentation sur l'organisme, on a trouvé que des coutumes d'alimentation peuvent donner un caractère à toute une nation, particulièrement pour la constitution des dents et le sucre consommé. Les proportions du Cl sont beaucoup moins définies. Les comportements du Br sont très variés mais pas ceux de l'I qui, lui, a un caractère anodique marqué. Les acides sont biologiquement électropositifs, mais on n'a pas encore assez de travaux à leur sujet.

GUY HAUSSER.

Mommsen (Francfort). ***Vaccination et traitement de la scarlatine par la sérothérapie*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 36, 7 Septembre 1934). — D'après M., la scarlatine serait due uniquement aux streptocoques qui sécréteraient une toxine spéciale sur des terrains prédisposés.

Le traitement le plus efficace, que l'on n'instituera que dans les cas graves, est la sérothérapie. L'efficacité du sérum de convalescents étant variable, il est plus utile d'utiliser du sérum d'animaux. L'injection se fait intramusculaire ou même intraveineuse dans les cas très graves. Dans ces derniers cas, on observe d'ailleurs des chocs et des réactions sériques plus ou moins violentes surtout si l'on a employé de grosses quantités de sérum. L'action de la sérothérapie est d'autant plus

efficace qu'elle est plus précoce. Si l'injection est assez tardive, on n'évite pas une haute température, mais l'état général demeure satisfaisant.

Le sérum n'a aucune influence sur les complications de la scarlatine (otite-néphrite).

La vaccination par le sérum ne semble donner que peu de résultats dans les pays où la scarlatine est bénigne. On emploiera de préférence la méthode de Dick (injections sous-cutanées de doses croissantes de toxines streptococciques provoquant l'immunisation active du sujet).

M. rapporte enfin que les résultats statistiques sont encourageants en faveur de cette vaccination.

GUY HAUSSER.

R. Neurath (Vienne). ***Tuberculose et glandes sexuelles*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 36, 7 Septembre 1934). — N. pense que les glandes endocrines et génitales exercent un rôle qui n'est pas négligeable dans l'évolution de la tuberculose. La tuberculose serait, en effet, différente selon l'âge des individus. N. remarque que, contrairement aux autres maladies infectieuses, la tuberculose a son maximum de morbidité entre 15 et 20 ans. Le développement sexuel étant plus précoce chez la femme que chez l'homme, N. a remarqué que la morbidité tuberculeuse était maximum chez la femme vers 20 ans, chez l'homme vers 27 ans. Il remarque enfin que la tuberculose pulmonaire, en quelque sorte la plus évolutive, atteint plus tôt le sexe féminin et qu'elle y est le plus rapidement grave, de 10 à 20 ans.

N. attache aussi une importance des fonctions sexuelles sur la tuberculose en observant les formes curieuses de la tuberculose chez les enfants. Les nourrissons et les jeunes enfants présentent des adénopathies diffuses et une imprégnation bacillaire marquée, les écoliers ne font en général que des tuberculoses localisées, la phtisie proprement dite ne se montre qu'à partir de la puberté et atteint plus particulièrement les filles.

L'absence ou le retard pathologique du développement des glandes sexuelles seraient cause d'une augmentation de la résistance de l'individu contre la tuberculose. Chez les vieillards, la tuberculose serait beaucoup moins fréquente qu'aux autres périodes de la vie.

GUY HAUSSER.

H. Bernhardt (Berlin). ***Pathogénie de l'obésité*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 37, 14 Septembre 1934). — B. ne pense pas qu'il faille incriminer uniquement le dysfonctionnement de la thyroïde dans l'obésité. On pourra trouver une association de l'atteinte de différentes glandes endocrines. Il faut en outre rechercher à quoi est dû le trouble de la régulation du poids que l'on trouve fréquemment dans l'obésité.

On remarque que l'atteinte des centres hypothalamiques végétatifs entraîne toujours l'obésité. Cette atteinte peut être due à une tumeur, à l'artériosclérose, à un traumatisme, etc. Mais le plus souvent, l'obésité est due à des troubles végétatifs périphériques lorsque ceux-ci ne peuvent plus être compensés par le système végétatif central. Parmi les troubles périphériques, B. distingue des causes endogènes (trouble endocriniens, affinité lipogénétique du tissu sous-cutané) et des causes exogènes (sédentarité et suralimentation).

GUY HAUSSER.

E. Abderhalden (Halle). ***Causes de la vieillesse*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 37, 14 Septembre 1934). — En dehors de considérations littéraires A. indique que la vieillesse serait due à la déshydratation des différentes cellules. Cette déshydratation s'expliquerait par une modification de la constitution des cellules.

A. a injecté des albumines provenant de sujets d'âges différents à des lapins, il obtint des réactions différentes. A. en conclut que les substances protéiques ont une structure différente suivant l'âge des individus.

A. pense que ces changements de structure entraîneraient de la déshydratation, et, d'autre part, il croit que les autres tissus doivent se transformer de la même façon.

GUY HAUSSER.

E. Preissecker (Vienne). ***Accidents et incidents de l'anesthésie à l'évipan sodique et au pernokton*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 38, 21 Septembre 1934). — P. distingue trois principales causes de complications à ces anesthésies :

1° Effets cardio-vasculaires,
2° Effets sur les centres bulbaires respiratoires,
3° Troubles d'oxydation.

Les deux premiers troubles sont très peu marqués dans l'anesthésie par voie intra-veineuse à l'évipan sodique ou au pernokton (butyl-brom-allyl-barbiturate de sodium) surtout si l'on prend les précautions nécessaires.

L'évipan seul cause un véritable surmenage du travail hépatique qui doit avoir à exercer à un haut degré son pouvoir anti-toxique et parallèlement se trouve arrêter les oxydations normales des tissus. En effet, on a constaté, 1/2 heure à 1 heure après l'anesthésie, une augmentation de l'acide lactique contenu dans le sang, s'élevant en moyenne à 3 milligr. 02 pour 100 au-dessus du chiffre normal.

On pourra facilement obvier à cet inconvénient en utilisant l'acide carbonique et l'éphédrine ou ses composés analogues au cours de l'anesthésie.

GUY HAUSSER.

ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)

G. Bayer et **F. J. Lang**. ***Macrosomie interrénale congénitale*** (*Endokrinologie*, t. XIV, n° 4, Août 1934). — B. et L. donnent une première observation concernant une fillette mort-née, mesurant 55 cm. et pesant 5.000 gr. Elle est née un peu avant terme (262 jours après la dernière menstruation), ce qui serait sans exemple pour un poids de ce genre. On ne constate pas de signes d'intersexualité, notamment pas de prostate. La mère serait atteinte de Basedow latent et sa glycémie est de 120 milligr. pour 100 grammes. Les 3 autres enfants de cette femme pesaient également tout près de 5.000 gr. à la naissance.

Chez l'enfant qui fait l'objet de l'observation, on constate qu'une surrénale (il n'a été pesé que la droite) atteint 13,5 gr. C'est là, également, un fait qui n'est pas observé chez des nouveau-nés géants. Il semble, cependant, à B. et L., que ce cas de gigantisme doive être attribué à la surrénale, car l'ablation de cette glande provoque régulièrement un arrêt de croissance chez les jeunes animaux ; les addisoniens restent petits ; on arrive à activer la croissance par l'administration d'écorce des surrénales et, dans divers cas de tumeur de l'écorce des surrénales, la croissance a été accélérée. Cependant, chez 2 des trois autres enfants de la même mère qui ont pu être examinés, on n'a pas constaté de signes d'hypercorticalisme. L'hypertrophie de l'écorce ne donne d'ailleurs pas toujours lieu à des symptômes caractérisés.

A ce propos, B. et L. ont réuni, dans un tableau, les 49 cas qu'ils ont pu trouver, d'hypertrophie congénitale de l'écorce des surrénales et remarquent que 35 fois il a été noté des caractères sexuels du sexe opposé. La plupart des observations restantes ont d'ailleurs, à ce point de vue, une signification discutable. A ce titre également, leur première observation paraît tout à fait exceptionnelle.

La seconde concerne une fillette morte 2 jours après la naissance, présentant un utérus de 25 × 16 × 5 mm. et un clitoris de 20 mm. analogue à un pénis. La surrénale pesée atteint 14 gr. Il s'agit donc là d'un pseudo-hermaphroditisme féminin externe avec hyperplasie des surrénales.

B. et L. remarquent, au sujet de cette observation, qu'on ne saurait admettre que l'augmentation de volume des surrénales soit sans relation avec les anomalies constatées. Le tableau montre, en effet, que l'écorce des surrénales doit produire une substance excitante capable de faire apparaître le syndrome « interrénal-génital ». Mais alors, il faudrait admettre que, dans un cas, cette écorce produit surtout une hormone de croissance et dans l'autre une hormone agissant sur les organes sexuels, etc. Mais cette hypothèse ne s'explique guère. On peut alors se demander si d'autres glandes hormonales dont l'activité serait déclenchée par l'hyperfonctionnement cortico-surrénal ne seraient pas la cause première de ces anomalies structurales. Dans le premier cas, B. et L. ont constaté une hyperplasie du thymus et une grosseur remarquable des îlots de Langerhans. D'autre part, dans ce cas où il y avait des caractères nets d'intersexualité, les ovaires étaient bien plus développés que dans le premier cas où ces caractères manquaient complètement.

P.-E. MORHARDT.

BRUXELLES MÉDICAL

M. Mayer (Bruxelles). ***Les greffes d'ovaires et d'utérus (Résultats cliniques)***. [*Bruxelles-Médical*, t. XIV, n° 37, 15 Juillet 1934]. — En 18 mois, au cours de 66 ovariectomies doubles, soit pour kystes bilatéraux de l'ovaire, soit pour annexites bilatérales, 62 greffes ovariennes ont été pratiquées chez des femmes âgées de moins de 50 ans.

Les femmes qui ont subi l'ovario-salpingectomie double avec conservation de l'utérus en place et auto-greffe ont été réglées normalement, 4 à 6 mois après l'intervention dans 85 pour 100 des cas. Chez les femmes à qui on a pu laisser une portion utérine suffisante avec auto-greffe ovarienne, les règles se sont également reproduites 5 fois sur 8 dans le même délai.

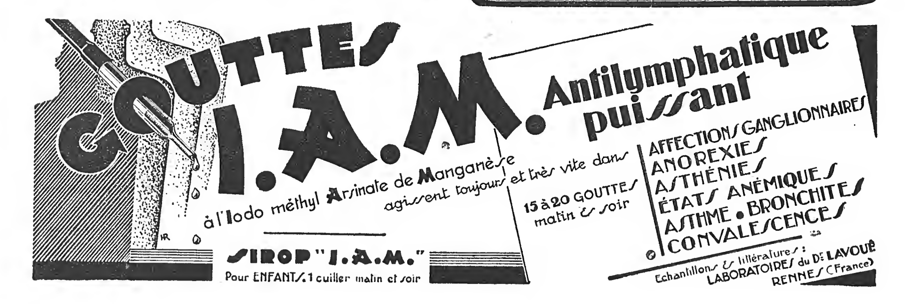
L'auto-greffe ovarienne devrait être utilisée systématiquement chez toutes les femmes de moins de 50 ans qui subissent une ovariectomie double. Il importe surtout de greffer des fragments de la région superficielle de l'ovaire en les maniant très prudemment pour ne pas détruire l'épithélium germinatif et la couche de follicules primordiaux sous-jacents. Même en cas d'hystérectomie totale ou subtotale, l'auto-greffe ovarienne évite, dans la grande majorité des cas, les troubles subjectifs de la ménopause opératoire.

Dans le cas d'hystérectomie sous-isthmique chez des femmes de moins de 40 ans, il est utile d'ajouter la greffe utérine à la greffe ovarienne. L'auto-greffe utérine dans le tissu cellulaire sous-cutané réussit facilement et les réactions hormonales utéro-ovariennes rendent très probable l'influence des greffons utérins sur le maintien du fonctionnement des greffons ovariens.

ROBERT CLÉMENT.

Ch. Trunecek et **J. Lepicovsky** (Prague). ***Unicité du sang artériel, pluralité du sang veineux*** (*Bruxelles-médical*, t. XIV, n° 37, 15 Juillet 1934). — Le sang artériel ne subit, dans les artères, aucun changement et il arrive le même dans tous les organes. Ceux-ci le transforment chacun à sa manière, tantôt en lui abandonnant leurs produits de sécrétion, tantôt en lui enlevant les matières nécessaires à leur fonctionnement.

Le sang revenant du cerveau contient, en dehors des déchets communs, du phosphore et des chlorures ; celui des glandes thyroïde et parathyroïde se caractérise par son taux d'iode. Le sang des os et des cartilages remporte des phosphates de chaux



GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ RENNES (France)

et des sels sodiques; celui des muscles contient beaucoup d'acide carbonique, de magnésie, de phosphate de potasse; celui des téguments externes amène du soufre. Au sortir du muscle cardiaque le sang, riche en acide carbonique et phosphorique, est presque noir; celui qui a nourri l'appareil respiratoire et le médiastin contient des sels sodiques. Le sang des veines rénales (1/20 du sang total) est dépourvu de produits azotés, celui des veines surrénales contient de l'adrénaline, celui des veines hépatiques contient de nombreux produits de digestion, notamment des sels d'alcali, d'où sa couleur rouge clair, il a une température de 39°7.

Le sang qui a approvisionné les organes sexuels apporte les substances qui occasionnent les différences de sexe. Chez la femme enceinte, le sang des veines utéro-ovariennes contient beaucoup d'acide carbonique; le sang placentaire, dont vit l'embryon, contient des produits gélatineux.

Chaque veine apporte au sang commun une certaine qualité, l'ensemble se ramasse dans le cœur droit et, après passage dans le poumon, il en résulte un seul sang artériel absolument homogène qui va porter aux organes éloignés ce qui leur est nécessaire.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

C. Bruen. ***La valeur thérapeutique du sous-nitrate de bismuth dans l'hypertension artérielle*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVIII, n° 1, Juillet 1934). — Si l'on veut déterminer avec exactitude les résultats thérapeutiques que donnent les agents employés dans l'hypertension, il faut tenir compte à la fois de l'instabilité spontanée de la pression artérielle et de l'effet produit par cet agent lui-même. Aussi doit-on dans les recherches de ce genre s'entourer de multiples précautions que précise B. : régularité dans les lectures de la pression, périodes de contrôle intercalaires sans médication, etc. Autrement les résultats constatés sont dénués de valeur.

B. a appliqué ces règles pour déterminer les propriétés hypotensives éventuelles du sous-nitrate de bismuth. Dans les périodes intercalaires il a donné de l'oxalate de cérium qui a le même aspect afin d'éliminer le facteur psychique. Il a pu ainsi se convaincre que le sous-nitrate de bismuth dont on a récemment vanté les effets hypotenseurs n'exerce pas en réalité la moindre influence sur la pression artérielle.

P.-L. Marie.

J. Kovacs. ***L'ionisation de chlorure d'acétyl-β méthylcholine dans l'arthrite chronique et les affections vasculaires périphériques*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVIII, n° 1, Juillet 1934). — Les dérivés de la choline, qui font cesser les spasmes vasculaires, étant rapidement détruits dans le sang quand ils sont pris par la bouche ou injectés par voie parentérale, K. a eu recours à l'introduction par ionisation. Il a traité de la sorte des cas d'arthrite chronique, affection où les troubles circulatoires semblent jouer un grand rôle, et des états spasmodiques des vaisseaux périphériques.

Appliqué de cette façon, le chlorure d'acétyl-β méthylcholine produit un effet local accentué et durable (sudation prolongée, augmentation de la température cutanée, accroissement de la rapidité de la circulation dans les capillaires sans dilatation de ces derniers, rubéfaction de la peau, diminution de la douleur et du gonflement et augmentation de la mobilité articulaire) que ne détermine pas l'administration sous-cutanée ou buccale. On observe aussi une réaction générale (bouffées de chaleur, tachycardie, augmentation du péristaltisme intestinal, abaissement léger de la pression artérielle) qui indique que le médicament est absorbé dans la circulation générale.

K. a obtenu des résultats thérapeutiques satisfaisants dans les arthrites chroniques, surtout celles du type rhumatoïde, ainsi que dans les affections vasculaires périphériques où le spasme est un facteur prédominant. Jamais il n'a été noté d'effet fâcheux. Néanmoins ces essais trop limités n'autorisent pas encore des conclusions définitives.

P.-L. Marie.

J. S. Lawrence et **R. E. Knutti.** ***La moelle osseuse dans le purpura thrombopénique essentiel*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVIII, n° 1, Juillet 1934). — Les recherches concernant l'état de la moelle osseuse au cours du purpura thrombopénique essentiel, peu nombreuses d'ailleurs, ont donné des résultats assez contradictoires. Pour certains auteurs il existe une aplasie des mégacaryocytes qui serait la cause même de cette affection (Frank); pour d'autres il n'y a pas de lésions notables de la moelle osseuse et le trouble primitif ne réside pas là (Kaznelson).

L. et K. ont étudié la moelle osseuse dans 6 cas de cette affection. Dans 4 la moelle sternale prélevée par biopsie s'est montrée normale, tandis que dans les 2 autres, on notait une diminution du nombre des mégacaryocytes et un aspect normal de ces cellules. Le fait que certains des malades présentent une atteinte de la moelle osseuse qui fait défaut chez d'autres semble indiquer qu'il existe deux types distincts de cette affection. L. et K. pensent que les cas qui s'accompagnent d'une moelle normale bénéficient davantage de la splénectomie que les autres, mais leurs observations sont encore en trop petit nombre pour autoriser une opinion définitive à cet égard. Une biopsie de la moelle sternale avant l'opération, tout en étant inoffensive après transfusion sanguine, semble toutefois pouvoir guider utilement le pronostic de la splénectomie.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

S. S. Blackman jr. ***Néphrose lipoïdique pneumococcique et relation entre néphrose et néphrite. — I. Etude clinique et anatomique.*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LV, n° 1, Juillet 1934). — De l'étude de 10 cas de néphrose lipoïdique chez des enfants entre 17 mois et 10 ans, B. conclut que la néphrose est une forme particulière de la néphrite diffuse dans laquelle des hématuries macroscopiques, l'anémie hémolytique secondaire et une légère élévation de la pression artérielle peuvent survenir.

Les cas aigus de courte durée surviennent sans qu'on puisse déceler un début insidieux. Chez eux, les graisses neutres et les éthers de cholestérol ne sont pas très abondants dans les reins.

Les lésions histologiques des reins consistent principalement en des lésions diffuses de l'épithélium des glomérules et des tubes identiques à celles que l'on peut observer dans n'importe quelle forme de néphrite. La maladie peut persister longtemps, au moins chez l'enfant, sans qu'il se développe d'autres lésions dans la plupart des glomérules.

Le caractère distinctif histologique le plus important entre néphrose et néphrite consiste en l'absence de coagulum fibrineux dans les capsules glomérulaires dans la néphrose. En l'absence de ces coagula, l'organisation et la formation d'un tissu de cicatrice, avec destruction des glomérules et insuffisance rénale progressive, ne survient pas. On n'a pas pu encore déterminer pourquoi ces caillots fibrineux dans les capsules glomérulaires sont absents dans la néphrose et présents dans la glomérulo-néphrite; mais, il semble que ce soit à cause de l'excrétion, dans l'urine, du fibrinogène en même temps que de l'albumine.

Les dépôts lipoïdiques existent ailleurs que dans les reins, leur taux dans le foie paraît être parallèle à celui du rein. Ces dépôts ne sont pas spécifiques de la néphrose lipoïdique.

L'œdème de la néphrose ne peut s'expliquer uniquement par les facteurs mécaniques, les lésions capillaires semblent être aussi un important facteur.

Rien ne prouve que la néphrose lipoïdique soit une maladie métabolique. Des faits cliniques et anatomo-pathologiques montrent des relations étiologiques entre l'infection pneumococcique chronique et quelques cas de néphrose lipoïdique. A l'appui de ceci, il faut noter la reproduction expérimentale de la néphrose chez l'animal au moyen de toxines pneumococciques.

Robert Clément.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY (Chicago)

G. Brock. ***Dermatomyosite et sclérodermie diffuse*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXX, n° 2, Août 1934). — A propos de 6 observations personnelles, B. insiste sur les caractères différentiels de la dermatomyosite et de la sclérodermie diffuse, diagnostic souvent difficile.

La dermatomyosite, décrite par Steiner en 1904, semble reconnaître une étiologie infectieuse, d'ailleurs encore obscure; on a invoqué une infestation par des grégarinées ou des sarcosporidies, une infection d'origine rhumatismale, tuberculeuse ou syphilitique. Pour de nombreux auteurs, la dermatomyosite reconnaît une origine bactérienne: streptocoques, staphylocoques, diplostreptocoques.

Les tissus atteints sont surtout la peau et les muscles prenant insertion sur le squelette. Au point de vue histologique, on trouve des dégénérescences parenchymateuses des muscles et des infiltrats inflammatoires dans la peau. Les altérations vasculaires et celles du tissu conjonctif sont minimes, contrairement à ce qu'on note dans la sclérodermie.

Le début est souvent aigu ou subaigu avec fièvre; le premier signe est, dans 25 pour 100 des cas, un érythème et un œdème de la peau, siégeant à la face, au dos, aux extrémités. Les douleurs musculaires sont constantes et caractéristiques, avec tendance à l'irradiation centrifuge. Les névralgies sont transitoires. Pas de troubles vaso-moteurs. La pigmentation est rare et légère. Pas de sclérodactylie ni d'ulcères trophiques; pas de calcification.

L'évolution se fait avec des rémissions et des exacerbations, vers la mort dans 55 pour 100 des cas, en l'espace de 2 ans. La mort survient par infection (bronchopneumonie, myocardite), septicémie ou tuberculose.

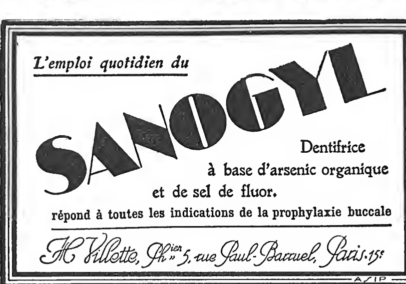
Le traitement de cette affection est encore inconnu: ablation de foyers infectieux, s'il en existe, injections de vaccins (typhoïdiques ou autres), applications thermiques locales.

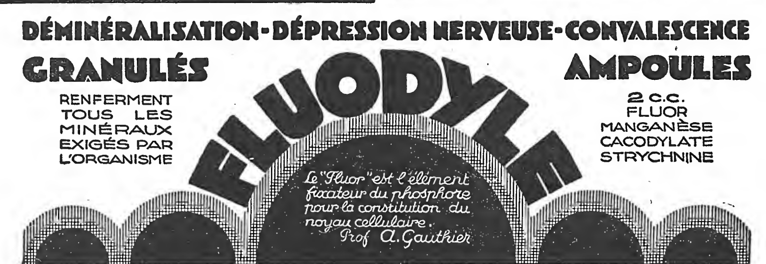
Le diagnostic se pose avec la trichinose, la polymyosite hémorragique ou suppurée, le lupus érythémateux disséminé et surtout avec la sclérodermie aiguë ou subaiguë.

R. Burnier.


POUR LE TRAITEMENT DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS-15e. Vaugir. 11-23
A.S.I.P.


ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
ANTISPASMODIQUE PUISSANT - SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L. BOIZE ET G. ALLIOT
9, AVENUE JEAN JAURÈS LYON 7e


L'emploi quotidien du
SANOGYL
Dentifrice
à base d'arsenic organique
et de sel de fluor.
répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale
H. Villette, Phien, 5, rue Paul-Barruel, Paris-15e
A.S.I.P.


DÉMINÉRALISATION - DÉPRESSION NERVEUSE - CONVALESCENCE
GRANULÉS
RENFERMENT TOUS LES MINÉRAUX EXIGÉS PAR L'ORGANISME
FLUODYLE
AMPOULES
2 c.c.
FLUOR
MANGANÈSE
CACODYLATE
STRYCHNINE
Le "Fluor" est l'élément fixateur du phosphore pour la constitution du noyau cellulaire.
Prof. A. Gauthier
Littérature et échantillons : Ets SABATIER - A. EMPTOZ Pharmacien 10, R. Pierre Ducreux, PARIS (16e)

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DES PRATICIENS (Paris)

H. Bordier (Lyon). ***Quel est le meilleur traitement de la verrue plantaire ?*** (*Journal des Praticiens*, t. **48**, n° 34, 25 Août 1934). — La verrue plantaire est particulièrement douloureuse et difficile à soigner car, ne pouvant faire saillie au dehors, elle se creuse une loge dans l'épaisseur de la plante du pied.

Dans une dizaine de cas, B. a utilisé la diathermo-coagulation, suivie d'un petit pansement à la vaseline phéniquée à 1 pour 100 jusqu'à élimination de l'escarre produite par le traitement. Les résultats ont toujours été parfaits. Dans un cas où les douleurs persistèrent, la radiographie montra l'existence d'une exostose du calcanéum au même niveau.

La radiothérapie peut être dangereuse; dans un cas, elle fut suivie d'une radiodermite importante. La diathermocoagulation ne comporte aucun risque pour le malade.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

D. Petit-Dutaillis. ***Technique et résultats de la neurotomie juxta-protubérantielle du trijumeau par voie postérieure (Méthode de Dandy)*** [*Journal de Chirurgie*, t. **44**, n° 3, Septembre 1934]. — Contre la névralgie essentielle du trijumeau on fit successivement: l'ablation du ganglion de Gasser, la neurotomie rétro-gassérienne totale, puis, pour respecter les fibres les plus internes répondant à la branche ophtalmique où la névralgie a rarement son siège primitif, la neurotomie rétro-gassérienne partielle (Frazier, 1915). Celle-ci, quoiqu'elle évite l'insensibilité de la cornée et la perte du réflexe cornéen, est cependant encore suivie d'une kératite dans 5 à 10 pour 100 des cas et s'accompagne toujours d'une perte de sensibilité de la muqueuse linguale et buccale qui gêne beaucoup la mastication (Robineau et A. Sicard, *Journal de Chirurgie*, t. **40**, n° 1, Juillet 1932). — En 1925, Dandy a abandonné la voie temporale pour la voie occipitale qui permet la neurotomie partielle juxta-protubérantielle. C'est elle que P.-D. a suivie. Son mémoire décrit et figure la technique opératoire et donne les résultats obtenus dans 25 cas.

Après trépanation ovalaire basse et latérale de l'occipital et section étoilée de la dure-mère, on se porte d'abord en dedans pour ouvrir la citerne postérieure afin d'éviter la compression du IVe ventricule au cours des manœuvres ultérieures. Le soulèvement de la partie externe de l'hémisphère cérébelleux fait apercevoir le cordon des nerfs facial et auditif qui doit être ménagé sous peine de provoquer paralysie faciale, troubles de la sécrétion lacrymale et surdité. Au-dessus et plus profondément il reste à ouvrir la citerne latérale, mais on ne peut alors aborder la racine sensitive du trijumeau à sa sortie de la protubérance qu'après avoir assuré l'hémostase par électro-coagulation et sectionné une veine cérébelleuse se rendant au sinus pétreux supérieur. Après section le plus souvent partielle de la racine nerveuse, il ne reste qu'à reconstituer les plans successifs.

Cette neurotomie juxta-protubérantielle n'est pas à opposer radicalement à la neurotomie rétro-gassérienne; elle a ses contre-indications, en particulier chez les malades puissants, à cou court, à lobes cérébelleux développés.

C'est chez un tel malade que P.-D. a eu le seul cas mortel de sa statistique (25 cas) par protrusion irréductible du cervelet.

Ces réserves faites, l'opération de Dandy a des avantages remarquables:

1° Elle a permis (4 fois sur 24) la découverte d'une tumeur du recessus latéral insoupçonnée, dont la névralgie faciale était symptomatique.

2° Elle n'est pas suivie de kératite, complication grave de la neurotomie. rétro-gassérienne, même partielle, dans 5 à 10 pour 100 des cas.

3° Les troubles sensitifs qu'elle entraîne ont un caractère extraordinairement discret et la rareté est extrême de la perte de la sensibilité des muqueuses linguale et buccale qui suit presque toujours au contraire la neurotomie rétro-gassérienne. P.-D. trouve une explication de cet heureux fait dans le mode de répartition des cordons de fibres nerveuses, étudié par A. Sicard: au voisinage de la protubérance ils sont encore intriqués et la section partielle n'y divise complètement aucun des 3 faisceaux ophtalmique, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur, qui sont au contraire mieux individualisés à leur point de pénétration dans le ganglion de Gasser où la neurotomie rétro-gassérienne les sectionne.

P. Grisel.

J. Meillère et **H.-R. Olivier.** ***Traitement chirurgical des hypertensions artérielles*** (*Journal de Chirurgie*, t. **44**, n° 3, Septembre 1934). — Après avoir rappelé les caractères des deux types, permanent et paroxystique, de l'H.A. essentielle, leur intrication, l'apparition consécutive habituelle de l'insuffisance rénale, M. et O. étudient leur pathogénie et leur mécanisme. Si le *primum movens* d'une hypertension est bien difficile à préciser et à atteindre, par contre son mécanisme est uniforme. L'influx presseur centrifuge émané des centres vaso-presseurs bulbaires (excités par de multiples voies centripètes) passe essentiellement par le splanchnique et la surrénale qui sont l'un l'intermédiaire et l'autre l'exécutif obligé. Dans le cas de tumeur le plus souvent médullaire, mais parfois aussi corticale, la glande devient elle-même le point de départ d'une hypertension : paroxystique en cas de paragangliome médullaire et permanente en cas d'adénome cortical.

Dans leur étude du traitement chirurgical, après avoir mentionné la thyroïdectomie totale (Cutler et Levine), la sympathectomie (Brünnings, Rowntree), la radicotomie antérieure bilatérale dorso-lombaire (Adson et Brown), M. et O. étudient seulement les interventions sur le splanchnique et la surrénale. Ils se basent sur 10 cas de splanchnicotomie et sur 36 cas de surrénalectomie qui se divisent eux-mêmes ainsi: 5 pour *hypertension paroxystique* avec ablation de tumeurs chromaffines de la médullo-surrénale ou de tumeurs voisines de type analogue; 5 pour *hypertension permanente* (3 avec adénome diffus ou tumeur cortico-surrénale, 2 de tumeur cortico-surrénale avec syndrome surréno-génital et hypertension); 26 pour hypertension grave (24 hypertensions permanentes, 2 hypertensions paroxystiques) avec surrénale normale ou légèrement hyperplasique.

M. et O. concluent de leur étude statistique de ces 46 observations en faveur de cette thérapeutique chirurgicale qui a donné: 3 bons résultats à l'actif de la splanchnicotomie et, pour la surrénalectomie, 18 succès répondant à 5 cas de tumeur médullaire, 4 cas de tumeurs cortico-surrénales, 9 cas de surrénales normales ou légèrement hyperplasiques.

La comparaison des 3 interventions offertes au chirurgien, la section des splanchniques, l'énervation de la surrénale, la surrénalectomie, est en faveur de cette dernière. La splanchnicotomie est difficile, elle ne comporte pas la découverte de la glande et d'une tumeur surrénale possible, elle a des résultats peu probants. L'énervation ne semble pas avoir été pratiquée dans l'hypertension (en particulier dans les 125 cas de Crile), elle est d'une réalisation complète difficile. La surrénalectomie est l'opération de choix et les cas dénombrés dans le mémoire en comprennent 3 personnels.

D'après leur expérience et de nouvelles recherches cadavériques, M. et O. adoptent la voie postérieure de Hertz, en utilisant une voie lombaire haute et élargie qui évite le traumatisme de la région solaire.

S'il y a tumeur, la surrénalectomie reste unilatérale et totale; si la glande est normale ou seulement hyperplasique, l'ablation totale est illogique et il ne faut pratiquer qu'une ablation partielle suivie, 10 jours après, de l'exploration de l'autre glande qui sera enlevée en totalité s'il y a surrénalome et partiellement dans le cas contraire.

L'indication opératoire s'impose si le syndrome d'hypertension est associé à l'existence, révélée par les moyens d'exploration clinique, d'une tumeur surrénale; elle est encore évidente dans l'hypertension paroxystique cryptogénétique; elle est indiquée dans les cas bien spéciaux de crises angineuses du type Pal et peut-être même dans les accidents hypertensifs de l'intoxication saturnine. Dans l'hypertension permanente progressive l'ablation surrénale n'a été faite jusqu'ici que dans des cas avancés où elle a peut-être encore l'avantage d'interrompre le cercle vicieux pathologique en supprimant son facteur surrénal; mais il faut se demander si, surtout chez les sujets jeunes, elle n'est pas indiquée à une période moins avancée de l'affection, avant la constitution de lésions organiques indélébiles.

P. Grisel.

G. Brjosovsky. ***De l'opération du kyste hydatique du poumon avec plèvre indemne en un temps et sans drainage*** (*Journal de Chirurgie*, t. **44**, n° 5, Novembre 1934). — B. étudie et réfute les dangers attribués à l'opération du kyste hydatique du poumon en plèvre libre, faite en un temps. Ces dangers sont liés à l'abord du kyste (pneumothorax, infection), à son ouverture (greffe echinococcique, kyste suppuré), à la formation et à la réduction de la cavité intra-pulmonaire déterminée par son ablation. Il rejette, malgré sa simplicité apparente, la méthode en deux temps qui crée dans un premier temps les adhérences pleurales qui rendent aisée l'intervention dans les cas où ces adhérences s'étaient produites spontanément; pour lui, en effet, il est difficile de faire coïncider les adhérences artificiellement produites avec le pôle superficiel du kyste. Le résumé de 4 observations personnelles heureuses

prouve les avantages de l'opération en un temps, en plèvre libre, terminée par suture de la poche kystique et fermeture de la plaie pleuro-pariétale. On obtient ainsi la cicatrisation rapide de la plaie, le prompt rétablissement d'une pression négative intra-pleurale; favorisant la rétraction de la cage thoracique et la réduction de la cavité kystique, on s'oppose à la fistule bronchique.

Conseillée par Garré, réalisée par Walter, Faussati, Grinway, étudiée par Guimbellot (21 cas avec une seule mort), cette opération en un temps a été largement utilisée par Makkas et Kourias qui, sur 28 cas, ont eu 22 succès, avec, dans les 6 autres, obligation de réintervenir et de drainer. Elle est appliquée avec succès par les chirurgiens soviétiques et la chirurgie du kyste hydatique du poumon suit l'évolution de celle du foie.

Les contre-indications viennent de l'infection du kyste, de la communication avec une bronche, de l'impossibilité de la rétraction pulmonaire par suite de l'induration de sa paroi, de ses adhérences aux organes profonds (au diaphragme dans une 5e observation de B. où l'opération dut être faite en deux temps), de l'abondance excessive des vésicules filles.

P. Grisel.

E. Curtillet. ***Les projectiles intra-vasculaires migrateurs*** (*Journal de Chirurgie*, t. **44**, n° 5, Novembre 1934). — Voici d'abord un résumé de l'intéressante observation qui a été le point de départ de cette étude d'ensemble des projectiles intra-vasculaires, basée sur un total de 34 autres observations antérieurement publiées.

Un indigène de 39 ans se tire, le 4 Janvier 1934, un coup de revolver dans la région épigastrique. Hémorragie intra-péritonéale. La radiographie faite seulement de face situe le projectile au droit de la tête fémorale du membre inférieur gauche qui est paralysé, impotent. L'intervention rapide ne montre que des lésions hépatiques avec caillots dans l'arrière-cavité des épiploons; pas d'hématome rétro-péritonéal. Les troubles sensitifs et moteurs du membre persistent, puis s'atténuent et le blessé sort le 31 Janvier, conservant de l'insensibilité des parties situées au-dessous du tiers moyen de la jambe.

Il revient le 24 Février pour des douleurs et à cause de l'apparition, sur la face dorsale du pied, d'une plaie atone apparue spontanément. La radiographie permet cette fois de localiser le projectile dans le triangle de Scarpa où il peut être palpé et où l'intervention permet sa découverte dans la lumière de l'artère fémorale commune au point de naissance de la fémorale profonde et de l'artère du quadriceps. Suture vasculaire. Ni immédiatement, ni dans la suite, les battements de la poplitée, de la tibiale, ne peuvent être perçus. Dans la suite, amélioration des troubles fonctionnels, disparition des troubles sensitifs.

Dans ce cas, la balle, du calibre de 7 mm., après avoir pénétré dans l'aorte abdominale à la hauteur de l'épigastre, a été entraînée vers le membre inférieur gauche. Au point de vue du mécanisme de pénétration, C. admet que le projectile peut rester dans la cavité du vaisseau après n'avoir traversé qu'une seule de ses parois, mais il base son opinion sur l'étude des observations publiées, alors que la sienne confirme l'explication de Piédelièvre et Martin pour qui le projectile ne reste intra-vasculaire que si, après avoir traversé les deux parois, il rencontre un plan osseux qui le rejette dans la lumière du vaisseau qu'il vient de traverser.

Les migrations varient, comme on l'imagine, suivant que le projectile a pénétré dans le système circulatoire du cœur gauche ou dans celui du cœur droit.

A gauche le projectile, entraîné par le courant au delà de son point de pénétration, joue le rôle d'embolus avec toutes ses conséquences cliniques.

A droite, sous l'influence de la pesanteur, du décubitus, de l'aspiration, le projectile est soumis à des allées et venues, et, s'il atteint le ventricule droit, il y reste presque toujours, puisque, sur 13 cas, il n'y en a que 2 où l'on ait noté la migration du projectile vers le poumon. Dans le cas unique de White, le projectile ayant pénétré dans une veine pulmonaire a été entraîné dans le ventricule gauche.

C. classe les observations d'après le caractère de la migration effectuée, ainsi l'observation personnelle est artério-artérielle, le premier terme désignant le point de pénétration, le ou les suivants, les habitats successifs du projectile migrateur. Voici cette classification:

Projectiles de la circulation gauche.

1° Projectiles artério-artériels (9);

2° Projectiles cardio-artériels (5);

3° Projectiles veino-cardiaques (1).

Projectiles de la circulation droite.

1° Projectiles veino-cardiaques (10);

2° Projectiles cardio-artériels ou veino-cardio-artériels (3);

3° Projectiles veineux (veino-veineux, cardio-veineux et veino-cardio-veineux) (5).

Projectiles de la circulation droite passés dans la circulation gauche. Une seule observation allemande: un éclat ayant pénétré à la périphérie est retrouvé dans le ventricule gauche: cette migration s'expliquant du fait d'une large persistance du trou de Botal.

P. Grisel.

ANNALES des MALADIES VÉNÉRIENNES (Paris)

Lévy Bing et Carteaud. ***Lésions unguéales syphilitiques*** (*Annales des maladies vénériennes*, t. **29**, n° 9, Septembre 1934). — B. et C. rapportent 3 observations de lésions syphilitiques des ongles: un cas de *pachyonyxis*, un cas d'*onyxis craquelée* et un cas de *décollement spontané* de tous les ongles des mains et des pieds.

On sait que Fournier a distingué parmi les lésions syphilitiques des ongles 1° la friabilité et l'ébrèchement de l'ongle (onyxis craquelée); 2° le décollement partiel de l'ongle; 3° le décollement total et la chute de l'ongle; 4° une variété plus rare, dite onyxis hypertrophique; 5° l'elconyxis, où l'ongle épaissi présente latéralement des petites pertes de substances cratériformes.

A côté des onyxis, il existe des périonyxis sèches, inflammatoires ou ulcéreuses. On peut y ajouter les acrodermatites syphilitiques que Milian a séparées du syndrome des acrodermatites aiguës d'Hallopeau.

Ce serait une erreur de croire que le traitement des affections unguéales syphilitiques est inutile. La plupart des échecs sont dus à un traitement insuffisant. Il faut prolonger le traitement pendant 2 à 3 ans pour obtenir, comme dans les cas des auteurs, des résultats satisfaisants.

R. Burnier.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Bâle)

G. Heuyer, Courthial, Dublineau et Néron. ***Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile*** (*Annales Médico-psychologiques*, An. **92**, t. 2, n° 2, Juillet 1934). — Les tests de caractère, dont les indications importent davantage pour la clinique et l'orientation professionnelle que celles des tests d'intelligence, n'avaient guère atteint, jusqu'ici, la précision de ces derniers.

A l'anamnèse, aux renseignements des parents et des éducateurs, il convient désormais d'adjoindre les résultats d'épreuves de caractère expérimentales et étalonnées.

Le questionnaire Woodworth comporte un nombre élevé de questions relatives aux tendances psychopathiques. Pressey fait barrer aux sujets, dans une liste de mots, ceux qui représentent une idée blâmable. Les tests éthiques leur posent des problèmes de morale journalière. On leur fait enfin analyser leur caractère selon un protocole déterminé.

Le résultat de ces épreuves s'accorde, dans l'ensemble, avec le résultat des enquêtes sociales.

G. d'Heucqueville.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

G. Chaumet. ***Les péri-arthrites scapulo-humérales; étude statistique*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **18**, n° 9, Septembre 1934). — C. a défini une entité clinique, la périarthrite scapulo-humérale. Traumatismes et inflammations donnent naissance à des réactions des tissus mous qui se traduisent par une même symptomatologie dont la bursite sous-acromio-deltoïdienne n'est qu'un élément.

Les calcifications des parties molles, souvent difficiles à différencier de celles qui se développent dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne (signature radiologique d'un processus inflammatoire qui frappe les formations séreuses), peuvent être consécutives à des ruptures tendineuses, surtout du sus-épineux. Les causes multiples susceptibles de s'objectiver si différemment à la radiographie (séquelles de traumatisme, calcifications, ostéophytes...) se traduisent par une réaction douloureuse uniforme, consécutive à la richesse d'innervation sensitive des divers éléments intéressés.

Si la douleur est le signe capital de cette affection (projection du bras en arrière, pression de la gouttière bicipitale, pression sous la pointe de l'acromion, irradiations possibles vers la nuque, le bras ou l'avant-bras) il y faut ajouter la limitation de l'abduction du bras (obstacle mécanique et douleur). D'intensité variable sont les douleurs spontanées, l'atrophie deltoïdienne, les troubles des réflexes vasomoteurs et trophiques.

Si la kinésithérapie et l'électrothérapie, le massage et la mécanothérapie constituent des adjuvants utiles au traitement, il faut surtout signaler l'intérêt des infra-rouges et de la radiothérapie qui, pour C., est le traitement de choix par son action analgésique et résolutive (fonte fréquente des calcifications); l'association des rayons X et infra-rouges est particulièrement intéressante. L'étude statistique de C. porte sur 57 cas, sans prédominance de sexe, et ayant atteint surtout des sujets d'âge mûr (21 fois à droite, 14 à gauche, 2 des deux côtés).

C. divise les cas qu'il a observés en: 1° traumatismes osseux anciens; 2° ostéophytes et périostoses; 3° calcifications des parties molles; 4° ostéoporose homogène de l'épiphyse humérale; 5° région scapulo-humérale radiologiquement normale; 6° anomalies de la colonne cervicale. Tous ces malades ont été traités par la rœntgenthérapie semi-pénétrante (2 champs, antérieur et postérieur, 1.000 « r » par champ), résultats comparables pour une durée de traitement échelonnée de 10 jours à 2 mois; dans les cas rebelles nouvelle série après 45 jours).

Les résultats obtenus sont les suivants: 1° 4 cas, 2 guérisons, 2 grosses améliorations; 2° 5 cas dont 1 bilatéral, 5 guérisons; 3° 9 cas dont 1 bilatéral, 9 guérisons ou quasi-guérisons; 4° 4 cas, 1 guérison, 3 améliorations plus ou moins rapides; 5° 12 cas, 6 guérisons, 4 améliorations, 2 échecs; 6° 3 cas,



Le LAIT GLORIA

c'est du lait pur, *homogénéisé, non sucré, qu'on sucre à volonté.*

Non écrémé, il est pourtant digestible. Sa matière grasse finement émulsionnée, son caillot diffluent, le rendent léger à tous les estomacs.

Et il ne contient aucun germe, pathogène ou autre.

Donné, comme tout autre lait, avec des jus de fruits, il est parfait, sans aucune contre-indication, pour l'entant normal comme pour le dystrophique.

Essayez-le dans tous les cas.

Anciens Etablissements J. LEPELLETIER

LAIT GLORIA Sté Anme 4, RUE ROUSSEL, PARIS (XVIIe)

2 guérisons, 1 échec. C. insiste sur le fait que dans de nombreux cas il peut persister un peu de gêne des mouvements et un point douloureux à la pression de la coulisse bicipitale et que la guérison complète est fréquente après 2 à 6 mois.

MOREL KAHN.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

René Nyssen et **Ludo Van Bogaert**. ***La dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée*** (*Revue Neurologique*, An. **41**, t. 2, n° 2, Septembre 1934). — N. et V. B. rapportent un nouveau type de maladie familiale survenu chez deux enfants, dans la seconde enfance, à début insidieux et à évolution progressive, caractérisé au début par un état de nervosité banale, puis par une diminution rapide de la vision avec atrophie optique du type descendant. Dans un délai de 18 mois à 2 ans après le début des troubles oculaires, l'ouïe est à son tour intéressée. La surdité devient totale, ayant les caractères d'une surdité d'origine centrale, sans troubles vestibulaires. Pas de troubles psychiques appréciables. Tardivement, apparaissent des troubles moteurs: spasmodicité discrète à prédominance paraplégique, plus tard incoordination de la marche rappelant la dystasie des hérédo-ataxies. Très tard, la parole devient lente et scandée. En résumé, un miniumum de signes neurologiques associé à de gros troubles sensoriels.

L'examen anatomique montra: 1° une dégénérescence primitive et diffuse du nerf optique, du chiasma, et des bandelettes optiques n'intéressant pas les tubercules quadrijumeaux antérieurs; 2° une dégénérescence systématisée des voies cochléaires primaires et secondaires; 3° une atrophie symétrique des noyaux dentelés du cervelet avec dégénérescence des pédoncules cérébelleux supérieurs. Cette atrophie globale du système dentelé semble déborder sur l'écorce cérébelleuse.

L'évolution homologue, homochrone, l'origine endogène du syndrome, le caractère familial de la maladie plaident en faveur d'une affection hérédo-dégénérative qui mérite le nom de « dégénérescence optico-cochléo-dentelée ».

Cette affection rentre dans le cadre des hérédopathies acoustico - rétino - cérébro - spinales (Kufs-Hammerschlag), dont les idioties amaurotiques juvéniles sont un autre type frappant.

H. SCHAEFFER.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

J. J. Spangenberg et **F. Guagnini**. ***Action de la pyrétothérapie dans les artérites oblitérantes des extrémités*** (*La Semana Medica*, t. **41**, n° 30, 26 Juillet 1934). — La méthode pyrétothérapique a été déjà essayée sous différentes formes (protéinothérapie, propidon) dans le traitement des artérites douloureuses.

S. et G. utilisent le vaccin anti-chancrelleux « Dmelcos », en injections intra-veineuses, aux doses progressives de 0,5, 1, 1,5, 2 et 3 cmc. Ils s'assurent, avant le traitement, de l'intégrité des émonctoires, de l'état de l'appareil cardio-vasculaire. Le traitement comporte de 10 à 15 injections. Il est suspendu en cas de menace de nécrose.

L'injection est suivie d'une réaction de choc, avec hyperthermie, hypotension. Après la cure, on observe constamment une amélioration progressive de la perméabilité artérielle; les tracés oscillographiques reprennent de l'amplitude.

La pyrétothérapie, bouleversant l'équilibre sympathique de l'organisme, fait céder les spasmes vasculaires surajoutés à la sclérose.

S. et J. citent 5 observations très démonstratives d'artérite syphilitique, artérite présénile, maladie de Raynaud, dans lesquelles la pyrétothérapie a conjuré l'oblitération menaçante, alors que les spasmes ne réagissaient plus à l'acétylcholine.

G. D'HEUCQUEVILLE.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

R. Vaccarezza, L. M. Dalke et **A. Vaccarezza**. ***Valeur diagnostique de la séro-réaction de Widal chez les sujets soumis à la vaccination antityphique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **21**, n° 26, 27 Juin 1934). — L'on connaît les difficultés d'interprétation d'un séro-diagnostic positif chez un vacciné. Les opinions divergent sur la durée de persistance des agglutinines vaccinales.

V., D. et V. ont pratiqué la séro-réaction de Widal chez 100 aliénés, 50 non-vaccinés et 50 vaccinés: chez plus de 9 sur 10 des sujets, la réaction a été négative dans le premier lot, positive dans le second. Puis ils ont vacciné ou revacciné les 100 sujets: ils n'ont pas alors observé de modifications sensibles des taux d'agglutination des réactions positives.

Dans les premiers mois qui suivent la vaccination anti-typho-paratyphique, tous les vaccinés présentent un pouvoir d'agglutination vis-à-vis du bacille typhique, la majorité vis-à-vis des bacilles paratyphiques A et B.

Aucun caractère, même le taux d'agglutination, ne permet de distinguer les agglutinines infectieuses des agglutinines vaccinales. La plupart des affections fébriles réactivent ces dernières. Aussi V., D. et V. dénient-ils toute valeur diagnostique à la séro-réaction chez les vaccinés.

G. D'HEUCQUEVILLE.

A. G. Ramos et **A. G. P. Ramos**. ***L'obésité et ses relations avec l'obstétrique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **21**, n° 34, 22 Août 1934). — Il faut distinguer les obésités exogènes, hypertrophies harmonieuses, des obésités endogènes, consécutives à des perturbations neuro-endocrines, neuro-hypophysaires en particulier.

La grossesse offre des conditions favorables à l'action de ces dernières chez les prédisposées: le taux des graisses du sang s'élève. La lactation, imposant la suralimentation et la vie sédentaire, permet la persistance de l'obésité.

L'obésité trouble les fonctions ovariennes et le cycle menstruel, elle est facteur de stérilité et d'avortements. Elle favorise les accidents toxiques de la grossesse, et les dystocies par développement exagéré du fœtus.

On doit conduire contre l'obésité et ses conséquences une prophylaxie active, rétablissement de l'équilibre neuro-endocrinien, diète de Brochwnick pendant la grossesse, césarienne ou symphyséotomie en cas de gigantisme fœtal.

Statistique de 27 observations.

G. D'HEUCQUEVILLE.

R. F. Vaccarezza, J. S. Fernandez et **E. Singer**. ***Rétraction et dislocation lobulaire consécutive au pneumothorax artificiel*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **21**, n° 35, 29 Août 1934). — V., F. et S. publient 3 observations de rétraction élective d'un lobe pulmonaire, soit par atélectasie rapide, soit pas sclérose cicatricielle.

Les lobes sains ont tendance à augmenter de volume pour remplir l'espace libre offert. Le mécanisme de cette expansion reste encore discuté.

Il convient de la respecter au cours du traitement, tout en conservant une couche gazeuse pour empêcher les symphyses précoces.

G. D'HEUCQUEVILLE.

BRUXELLES MÉDICAL

G. Vermeylen et **J. Heernu**. ***Le traitement des états dépressifs par le dinitrophénol*** (*Bruxelles Médical*, t. **15**, n° 8, 23 Décembre 1934). — L'étude du métabolisme chez les mélancoliques a montré le ralentissement de toutes les fonctions organiques. Ces constatations ont amené certains auteurs à essayer dans ces cas l'extrait thyroïdien. Cette thérapeutique a dû être abandonnée en raison des effets secondaires désagréables qu'elle exerce sur le système nerveux.

Le dinitrophénol augmente les combustions cellulaires, il diminue le poids, mais ne provoque pas de nervosité comme la thyroïde.

Les obèses traités par le dinitrophénol signalent une impression d'euphorie et d'activité.

Ce produit a été administré aux mélancoliques dans le but d'augmenter les combustions et de provoquer un meilleur équilibre cénesthésique. Il détermine généralement après quelques jours une amélioration considérable.

Sur 11 cas observés récemment par les auteurs, un seul s'est montré réfractaire au traitement : il s'agissait d'un psychasténique hypocondriaque.

La mélancolie simple donne les meilleurs résultats; les formes anxieuses réagissent moins. L'augmentation de l'appétit compense l'effet habituel du dinitrophénol sur le poids. Les résultats sont nuls dans la démence précoce.

Cliniquement les auteurs n'ont jamais observé aucune toxicité ni aucun inconvénient.

L'action du dinitrophénol sur la combustion du glucose dans les muscles est à rapprocher de l'hyperglycémie qui existe souvent chez les mélancoliques et, d'autre part, de l'action euphorisante de l'exercice musculaire en général.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE
(Bruxelles)

J. La Barre. ***Le rôle des hormones duodénales (sécrétines) dans le métabolisme glucidique*** (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 5e série, t. **14**, n° 7, 14 Juillet 1934). — L'injection dans le duodénum de 2,5 à 5 cmc par kilogramme de solution diluée d'acide chlorhydrique à 5 pour 1.000 a déterminé, chez le chien chloralosé et décapsulé, une chute marquée de la glycémie, lorsque la quantité de suc pancréatique sécrété est abondante. Quand la sécrétion déclenchée par l'acide est faible, il n'y a pas d'hypoglycémie. Par l'épreuve des circulations croisées, on se rend compte que le taux du sucre sanguin s'abaisse graduellement chez les chiens qui reçoivent le sang veineux pancréatique d'animaux ayant présenté une abondante sécrétion pancréatique à la suite de l'introduction dans le duodénum d'une solution titrée d'acide chlorhydrique.

Il semble résulter de ces expériences qu'une abondante sécrétion externe du pancréas s'accompagne d'un état d'hyperinsulinémie.

Chez des chiens, dont la portion exocrine du pancréas est dégénérée, l'action excitante de l'acide sur la sécrétion externe est supprimée, il y a tout de même hypoglycémie marquée. Les modifications hypoglycémiques sont donc probablement dues à un hyperfonctionnement des îlots de Langerhans sous l'influence directe de la sécrétine.

Chez les chiens dépancréatés, l'injection intraduodénale d'acide chlorhydrique dilué détermine une chute marquée de la glycémie. Cette action ne se trouve pas avec l'introduction d'une solution seulement salée.

En dehors de tout mécanisme pancréatique, et grâce à l'intervention de la sécrétion duodénale


PHARMACIE A. BAILLY
15, Rue de Rome, PARIS (8e)

(sécrétine), l'organisme est capable de métaboliser les sucres qui lui sont amenés par l'alimentation.

On peut se demander si la région duodénale ne contribue pas, de par ses fonctions digestives elles-mêmes, et de façon constante, à la fixation tissulaire des glucides sanguins et alimentaires. A côté des mécanismes insuliniens, il existerait « un processus sécrétinique assurant la polymérisation des sucres et intervenant de façon primordiale pour lutter contre les dangers de l'hyperglycémie ».

ROBERT CLÉMENT.

ANALES DE MEDICINA INTERNA
(Madrid)

W. Lopo Albo. ***Cachexie hypophysaire ou maladie de Simmonds*** (*Anales de Medicina Interna*, t. **3**, n° 8, Août 1934). — Observation d'un cas correspondant à la forme atténuée de la maladie de Simmonds: le malade, âgé de 40 ans, présente un amaigrissement progressif de 80 à 53 kilogr.: asthénie, hypo-acidité gastrique ; hypotension artérielle ; sang normal.

L'extirpation et la destruction expérimentale de la région hypophysaire produisent un ralentissement général du métabolisme et une diminution des sécrétions internes. Ce syndrome est réalisé à l'état fruste dans l'observation rapportée.

Le traitement de la cachexie hypophysaire sera à base d'extrait hypophysaire antérieur, avec les adjuvants suivants: éphédrine, glycocolle, extraits surrénal, pancréatique, hépatique, génitaux, excitants gastriques, alimentation forcée, outre le traitement de la cause pathogène.

Bibliographie.

G. D'HEUCQUEVILLE.

R. Reso, A. F. Cruz et **J. A. Collazo.** ***Extirpation de la zone du corpuscule carotidien*** (*Anales de Medicina Interna*, t. **3**, n° 8, Août 1934). — Le corpuscule carotidien, logé dans la bifurcation de la carotide primitive, présente la structure histologique d'un organe récepteur sensoriel. Les excitations de cet organe déclanchent un réflexe dépresseur, sa destruction détermine une hypertension artérielle permanente. Des études histologiques récentes montrent, en outre, la présence, dans le corpuscule, d'éléments glandulaires, fonctionnant sans doute comme un appareil endocrinien.

Chez le chien, l'extirpation du corpuscule, logé dans un renflement de la paroi vasculaire, est très délicate. Les sujets opérés manifestent une hypotonie généralisée avec hypercalcémie, qui évolue bientôt vers l'adynamie et la mort.

Le syndrome observé est superposable au syndrome hyper-parathyroïdien, avec hypercalcémie. Les hormones carotidiennes et parathyroïdiennes seraient antagonistes. D'ailleurs, l'hypocalcémie diminue les réflexes dépresseurs carotidiens. Le complexe carotidien se comporte comme un système anti-convulsif.

Observation de 18 chiens opérés.

G. D'HEUCQUEVILLE.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

R. G. Hills, J. C. Sharpe et **L. N. Gay.** ***Diabète sucré et hyperthyroïdie (1 observation)*** [*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **55**, n° 3, Septembre 1934]. — Cette intéressante observation concerne une femme de 58 ans ayant un diabète léger de 3 ans et une légère hyperthyroïdie survenue 2 mois auparavant. Dès que la malade sut qu'on allait l'opérer, l'hyperglycémie et l'acétonurie se développèrent bien que le régime et la dose d'insuline fussent les mêmes que ceux qui avaient maintenu le diabète en équilibre durant les mois précédents. Apparemment, la peur créa une exacerbation de l'hyperthyroïdie qui à son tour diminua la tolérance hydrocarbonée. Après six jours de traitement préopératoire, malgré qu'on eût doublé la dose d'insuline, l'hyperglycémie persistait. On se décida à pratiquer une thyroïdectomie subtotale.

Après l'opération, la tolérance pour les hydrates de carbone s'abaissa d'une façon très marquée, nécessitant l'administration quotidienne de 200 à 890 unités d'insuline. La solution de lugol fut sans effet. L'action de l'insuline était en quelque sorte inhibée. On a prétendu qu'un abaissement du chlorure de sodium sérique inhibe l'action de l'insuline, mais ici l'action de l'insuline ne fut pas augmentée lorsque les chlorures s'élevèrent à la normale. On a incriminé aussi l'action des hormones du lobe antérieur d'hypophyse. Dans le cas rapporté, la selle turcique paraissait normale, seulement légèrement plus large. On essaya d'irradier l'hypophyse.

Une broncho-pneumonie et une infection urinaire augmentèrent l'acide-cétose, nécessitant des doses croissantes d'insuline jusqu'à 890 unités en 24 heures. Le collapsus vasculaire, les chocs insuliniens répétés furent suivis d'une thrombose cérébrale avec hémiplégie et aphasie. Malgré tous ces accidents, la tolérance pour les hydrates de carbone augmenta rapidement lorsque cessèrent les phénomènes pulmonaires, l'état général s'améliora.

Mais quand elle quitta l'hôpital, la dose d'insuline, qui lui était nécessaire, était double de celle qui lui suffisait avant la thyroïdectomie.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALS OF SURGERY
(Philadelphie)

A. Young. ***Cancer primitif du poumon*** (*Annals of Surgery*, t. **100**, n° 1, Juillet 1934). — Un homme de 42 ans entra à l'hôpital pour des douleurs rhumatismales avec fièvre. Un examen complet systématique fut pratiqué, au cours duquel la radiographie montra au sommet du poumon gauche une ombre arrondie bien limitée. Un pneumothorax artificiel permit de préciser son siège dans le poumon et le manque d'adhérences à la paroi, car l'ombre tomba alors à la partie inférieure du thorax.

On intervint par un volet thoracique latéral portant sur les 5e, 6e et 7e côtes. On trouva dans le lobe supérieur une masse arrondie du volume d'une orange. On fit une lobectomie du lobe supérieur après ligature successive de chaque artère et de chaque veine au niveau du hile, puis section de la bronche, qu'on oblitéra avec un fragment de tissu pulmonaire.

On dut faire ultérieurement une résection de la 8e côte pour drainage, puis une thoracoplastie. Mais le malade guérit et restait bien portant près de 2 ans après l'opération. La tumeur était un carcinome, probablement d'origine bronchique.

M. GUIMBELLOT.

NORSK MAGASIN FOR LŒGEVIDENSKAPEN
(Upsala)

Otto Jervell. ***La formation de l'acide lactique pendant le travail dynamique et statique*** (*Norsk magasin for lœgevidenskapen*, n° 7, Juillet 1934). — J. indique d'abord la quantité d'acide lactique du sang veineux pendant le travail statique. Elle est moindre que pendant le travail dynamique. Pour comparer la production de l'acide lactique pendant les deux sortes de travail, l'auteur a déterminé sa quantité dans le sang après un travail à un ergomètre de bicyclette, après 10 minutes, en modifiant le poids transporté et la vitesse. Quand la vitesse est petite et le poids élevé, le travail statique est le plus important, tandis que le travail dynamique est produit presque seul quand la vitesse est grande et le poids peu élevé. Dans les deux cas, la quantité d'acide lactique augmente dans le sang veineux. Mais malgré que la quantité de travail fournie soit sensiblement constante dans tous les examens, la concentration de l'acide lactique dans le sang était toujours plus grande au cours du travail dynamique.

A.-P. JACOBSEN.

Axel Kristoff. ***L'examen histologique dans la grossesse tubaire*** (*Norsk magasin for lœgevidenskapen*, n° 8, Août 1934). — Devant l'augmentation des cas de grossesse tubaire, l'auteur en a examiné 5 cas histologiquement, pour essayer de déterminer les causes de cette anomalie. Dans un cas il y avait des altérations inflammatoires indubitables des trompes. Ces altérations sont toujours bilatérales.

A.-P. JACOBSEN.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

S. de Candia. ***Contribution à l'étude de la physiopathologie du cortex surrénal*** (*La Riforma medica*, t. **50**, n° 23, 9 Juin 1934). — Les variations de la glycémie chez des sujets atteints ou convalescents d'affections diverses sous l'influence de l'injection intraveineuse d'hormone cortico-surrénale sont de sens variés; lorsque la glycémie initiale est normale faible, elle s'élève; lorsque la glycémie initiale est normale forte, elle baisse, l'abaissement existant déjà une demi-heure après l'injetion, atteignant son maximum après une heure ou 1 heure 1/2 et persistant 2 heures; lorsque la glycémie initiale est normale moyenne, elle ne varie en général pas. Sur 6 diabétiques, C. a noté 3 fois une baisse nette de la glycémie persistant pendant plus de 2 heures, 2 fois une très légère et fugace élévation de la glycémie et dans le dernier cas aucune variation. L'hormone cortico-surrénale n'a donc pas d'action spécifique en plus ou en moins sur la glycémie comme l'adrénaline ou l'insuline; elle tend surtout à ramener la glycémie à la normale, en favorisant sans doute le métabolisme normal des hydrates de carbone.

L'hormone cortico-surrénale favorise aussi le fonctionnement hépatique, car chez les cirrhotiques elle rapproche de la normale la courbe de l'amino-acidémie provoquée.

Après traitement prolongé par l'hormone cortico-surrénale chez le cobaye, on ne constate pas de modifications histologiques du pancréas, de la rate ou des testicules, mais le foie présente un certain degré de congestion généralisée.

Dans l'état actuel des faits, C. estime que l'on peut admettre que l'hormone cortico-surrénale agit électivement sur le foie, en stimulant son fonctionnement.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Izar et **P. Moretti.** ***Action des ondes courtes sur l'évolution de la brucellose humaine*** (*La Riforma medica*, t. **50**, n° 27, 7 Juillet 1934). — Les souches de *Brucella melitensis*, indifférentes aux ondes de 15 mètres, sont tuées par les ondes de 4 à 8 m.; les souches de *Brucella bovis*, indifférentes aux ondes de 15 m., ont une résistance assez variable vis-à-vis des ondes plus courtes, étant en général plus sensibles à celles de 4 m. qu'à celles de 8. I. et M. ont traité 6 cas de brucellose humaine à *melitensis* par des ondes de 4 à 8 m.: séances quotidiennes ou séparées par des jours de repos, de 15 à 20 minutes de durée avec des électrodes de 10 cm. de diamètre placées de part et d'autre de la rate ou prenant en flanc l'abdomen du foie à la rate. Dans 4 cas, l'apyrexie a été rapi-



dement obtenue et dans un 5e plus lentement (17 séances ont été nécessaires); dans le dernier, une fièvre peu élevée a persisté; dans les 6 cas, l'hypertrophie du foie et de la rate ont sensiblement diminué, l'état général s'est amélioré et l'anémie a régressé; le pouvoir agglutinant du sérum n'a pas été modifié. Il est à noter que la durée d'observation des malades après l'apyrexie n'a que rarement dépassé un mois, délai qui semble bien court pour porter un jugement sur ce que I. et M. ne considèrent eux-mêmes que comme un essai.

LUCIEN ROUQUÈS.

E. Santi. ***L'hyperglycémie post-opératoire*** (*La Riforma medica*, t. **50**, n° 31, 4 Août 1934). — L'hyperglycémie est presque constante (29 cas sur 30) chez les enfants qui ont subi une intervention chirurgicale, que l'intervention soit sanglante ou non et que l'anesthésie ait consisté en une simple anesthésie locale au chlorure d'éthyle ou en une narcose au chloroforme, à l'éther ou au chloroforme suivi d'éther; cependant, l'hyperglycémie est plus intense après l'anesthésie générale (augmentation de 0 gr. 20 à 0 gr. 83 pour 1.000 du sucre sanguin) qu'après l'anesthésie locale (de 0 gr. 15 à 0 gr. 46); elle est également plus durable dans les premiers cas (12 à 36 heures) que dans le second (moins de 6 heures); le degré de l'hyperglycémie est en rapport avec la quantité d'anesthésique absorbé, mais pas avec sa variété.

La pathogénie de l'hyperglycémie post-opératoire reste imprécise; toutes les recherches n'aboutissent qu'à des résultats contradictoires; tout ce qu'on peut affirmer, c'est que l'hyperglycémie est sous la dépendance de multiples facteurs qui entrent en jeu à des moments différents et dont les rapports sont complexes: acidose, excitation du système nerveux central, décharge d'adrénaline, asphyxie lente des tissus. L'hyperglycémie est-elle une réaction de défense de l'organisme? Celui-ci tend à se libérer de l'excès du glucose en incitant le rein à une sécrétion plus abondante; mais, d'autre part, la mauvaise utilisation du sucre peut devenir la cause d'acidose.

LUCIEN ROUQUÈS.

C. Vercesi et F. Guercio. ***Premières observations cliniques sur les nouvelles réactions de Maurizio Ascoli pour les tumeurs*** (*La Riforma medica*, t. **50**, n° 34, 25 Août 1934). — Ascoli a décrit récemment trois réactions pour le diagnostic des tumeurs: 1° *réaction de la bilirubine:* si on ajoute de la bilirubine à un sérum normal, après mélange et repos, il devient impossible d'extraire la bilirubine par l'éther, qui malgré une agitation énergique reste incolore; chez les malades atteints de tumeur, l'éther extrait une certaine quantité de bilirubine et se colore en jaune tandis que le sérum se gélifie.

2° *Acidimétrie:* le titrage par la potasse N/100 de l'acidité d'extraits éthérés de sérums de cancéreux donne des valeurs plus élevées qu'avec les extraits de sérums normaux; après adjonction au sérum d'un acide organique tel que l'acide ricinolique à la proportion de 2 pour 1.000, l'acidité augmente nettement dans les extraits éthérés de sérums des cancéreux et ne varie pas ... ceux des sujets normaux.

3° *Glycolyse par les globules rouges:* des globules rouges lavés sont placés dans du liquide de Ringer glucosé; le dosage de l'acide lactique, formé dans un temps donné, permet d'apprécier la glycolyse; celle-ci est plus forte avec les hématies de cancéreux qu'avec celles des sujets normaux.

V. et G. ont pratiqué ces réactions dans une centaine de cas: tumeurs malignes et bénignes des organes génitaux, affections inflammatoires, grossesse; les réactions de l'acidimétrie et de la glycolyse semblent avoir une spécificité accentuée et sont positives dans 80 pour 100 des cas de tumeurs malignes; la réaction de la bilirubine est moins intéressante, car elle peut être positive dans des affections variées et en particulier dans les fibromes (50 pour 100).

LUCIEN ROUQUÈS.

S. De Candia. ***Contribution clinique à l'étude de la maladie de Cushing*** (*La Riforma medica*, t. **50**, n° 35, 1er Septembre 1934). — C. rapporte l'observation d'une femme de 26 ans, atteinte d'une forme typique de maladie de Cushing: début par la cessation brusque de la menstruation, par une adiposité prédominant sur le tronc, par des vergetures rouge vif sur la paroi abdominale; à la période d'état, signes cliniques et radiologiques de tumeur hypophysaire, signes d'hypersurrénalisme surtout cortical (adiposité, léger hirsutisme, hyperglycémie et hypercholestérinémie), signes d'hypoovarisme (aménorrhée, folliculinurie presque nulle), signes d'hyperparathyroïdisme (hypercalcémie légère, tendance à l'alcalose, valeur plutôt basse de la phosphorémie), métabolisme basal normal; à signaler que la pression artérielle était normale et qu'il n'y avait pas de signes d'hypertrophie cardiaque. Un traitement par la radiothérapie hypophysaire et l'opothérapie (folliculine et extrait antéhypophysaire) a donné une guérison clinique presque complète: réapparition des règles, perte de poids de 12 kilogr., disparition des vergetures, disparition de la céphalée et des douleurs des membres, retour à la normale des constantes sanguines, atténuation des signes radiologiques sellaires.

La maladie de Cushing ne doit pas être considérée comme un syndrome hypophysaire pur et la basophilie hypophysaire ne lui est pas rigoureusement propre; c'est plutôt un syndrome hypophyso-surrénal ou mieux, en raison de la participation génitale, parathyroïdienne et végétative, une poly-endo crino-sympathose.

LUCIEN ROUQUÈS.

R. Locascio. ***Ulcères duodénaux et foyers dentaires septiques; contribution clinique et expérimentale à l'étude des infections focales*** (*La Riforma medica*, t. **50**, n° 36, 8 Septembre 1934). — L. a repris les expériences de Rosenow tendant à démontrer l'importance pathogénique des infections focales dans les ulcères digestifs; ayant étudié 10 malades, il n'a jamais constaté d'amélioration de l'ulcère après ablation du foyer infectieux dentaire ou amygdalien et il n'a jamais pu reproduire, avec les germes isolés des foyers et inoculés aux lapins en suivant scrupuleusement la technique de Rosenow, des lésions gastriques comparables à celles des malades, lésions dont la constatation indiquerait un tropisme spécial des germes. On peut donc conclure que les infections focales n'ont pas un rôle prépondérant dans la production des ulcères digestifs; on ne doit certes pas négliger de traiter les foyers infectieux dentaires, amygdaliens ou autres, mais on doit se garder de leur attribuer une importance pathogénique excessive.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica] (Rome)

B. Paggi (Rome). ***Contribution clinique à la connaissance des rapports entre la sclérodermie et le métabolisme du calcium*** (*Il Policlinico [Sezione chirurgica]*, An. **41**, n° 4, 15 Juillet 1934). — Deux tentatives (qui, à mon avis, sont restées infructueuses) de parathyroïdectomie chez un malade atteint de sclérodermie n'amènent aucune modification de l'état du malade. La calcémie reste également sans changement (à 0,10 environ).

Le fait ne présenterait pas en lui-même un grand intérêt si cet échec n'avait poussé P. à injecter à son opéré de la parathormone de Collip. Le résultat fut pareillement négatif. Mais un examen de la chronaxie, fait en période de léger hypoparathyroïdisme, ayant montré une diminution de la valeur chronaxique musculaire, celle-ci fut progressivement augmentée jusqu'à la normale sous l'influence d'une cure de parathormone.

MARCEL ARNAUD.

MINERVA MEDICA (Turin)

F. Molfino. ***Altérations aortiques et travail dans une atmosphères à température élevée*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 1, n° 24, 16 Juin 1934). — M. a soumis à un examen clinique et radioscopique systématique 888 métallurgistes, presque tous bien portants en apparence; sur 788 ouvriers qui travaillaient à une température normale, le pourcentage des altérations aortiques, (sclérose aortique, mésoaortite, exceptionnellement anévrysme) a été 22,84; sur 100 ouvriers travaillant à une température supérieure à 40° le pourcentage a été 46. — Parmi les ouvriers atteints de lésions aortiques, le pourcentage des cas d'hypertension artérielle et d'hypertrophie cardiaque a été plus élevé chez ceux d'entre eux qui travaillaient dans une atmosphère chaude (34,7 et 78,2 contre 26,1 et 63,3). — La fréquence des antécédents de syphilis, d'alcoolisme et de tabagisme a été un peu supérieure chez les porteurs de lésions aortiques travaillant à une température normale; il n'y a pas eu de différence très appréciable dans l'âge des sujets des deux catégories. D'une manière générale, les lésions aortiques sont surtout fréquentes chez des sujets à constitution bréviligne, sthénique. Il y aurait lieu en conclusion de renforcer le contrôle médical chez ces sujets prédisposés.

LUCIEN ROUQUÈS.

V. Puddu. ***Composition protéique et pression colloïdo-osmotique du sang en rapport avec le problème de l'œdème néphrotique*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 1, n° 24, 16 Juin 1934). — P. a suivi dans deux cas de « néphrose grave » qui dans la terminologie française paraissent correspondre à deux cas de néphrite aiguë, les modifications de la protéinémie et de la pression osmotique des protéines pendant la résorption des œdèmes; les deux malades furent soumis à un traitement thyroïdien à fortes doses et le premier à un traitement simultané par les diurétiques mercuriels; dans les deux cas, les œdèmes disparurent avant le retour à la normale des anomalies des protéines et de la pression osmotique. La discordance de ces résultats et des notions classiques sur les rapports des œdèmes et de la pression osmotique n'est pour P. qu'apparente; il émet l'hypothèse de variations de la perméabilité vasculaire qui feraient que les valeurs réelles de la pression osmotique des protéines seraient différentes des valeurs trouvées en appliquant le coefficient de Govaertz et correspondraient aux valeurs théoriquement indiquées par la conception des œdèmes.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Usseglio et F. de Matteis. ***Nouvelle contribution à l'étude de l'hyperhémolyse familiale avec augmentation de la résistance osmotique des globules rouges*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 1, n° 25, 23 Juin 1934). — Un homme de 31 ans a depuis l'âge de 10 ou 12 ans du subictère des conjonctives qui augmente pendant les périodes de fatigue; la rate déborde les côtes de 3 travers de doigts. Les globules rouges varient entre 5.900.000 et 4.500.000, l'hémoglobine entre 60 et 50, la valeur globulaire entre 0,5 et 0,55, les hématies granulo-filamenteuses entre 1



OUATAPLASME
PARIS

et 4 pour 100; le nombre et le pourcentage des leucocytes sont normaux; l'anisocytose est accentuée, la poïkilocytose intense; les hématies à petit diamètre sont prédominantes; la réaction directe de la bilirubinémie est négative; la réaction indirecte indique des valeurs de 1 à 2,4 milligr. pour 100; urobilinurie nette, forte quantité de stercobiline dans les selles; pas de diminution de la résistance globulaire, la courbe hémolytique est au contraire plus étendue que normalement vers les solutions faibles : de 44-46 à 26-28.

Une observation analogue avec caractère familial a déjà été publiée par U. et Massobrio; le caractère familial existe aussi dans le cas présent, mais l'hyperhémolyse ne paraît pas très accentuée; la mère, les trois sœurs et le frère n'ont ni subictère, ni splénomégalie; les réticulocytes sont rares chez tous et l'allongement de la courbe d'hémolyse vers les solutions faibles n'existe que chez la mère et le frère; cependant, on trouve chez presque tous une diminution de la valeur globulaire avec prédominance des petites hématies et chez certains une élévation discrète de la bilirubinémie. Il y a dans la littérature un certain nombre de cas semblables: il s'agit d'une variété d'ictère hémolytique ou plus précisément d'un état constitutionnel d'hyperhémolyse avec anémie secondaire du type hypochrome.

Lucien Rouquès.

L. Montagnini. ***Le régime cétogène dans l'asthme bronchique*** (*Minerva medica*, An. **25**, t. 1, n° 25, 23 Juin 1934). — L'étude de 8 asthmatiques a montré à M. que la crise d'asthme n'est pas précédée par un stade d'alcalose; une tendance à l'alcalose s'observe dans les premiers moments de la crise, sans que les chiffres les plus élevés de la réserve alcaline correspondent aux crises les plus intenses ou les plus longues; à l'acmé des fortes crises, il existe une tendance à l'acidose, et les chiffres les plus bas sont notés en général au cours des crises les plus fortes. Les variations de la réserve alcaline pendant les crises sont les résultantes des actions en plus ou en moins de nombreux facteurs: par exemple, dans les accès partiels où une faible partie des bronchioles est en spasme, l'ampleur des mouvements respiratoires produit une élimination excessive de gaz carbonique, d'où une alcalose gazeuse de sang; lorsque le spasme touche la plus grande partie de l'arbre bronchique, la ventilation insuffisante des alvéoles détermine une rétention aiguë de gaz carbonique, d'où une acidose gazeuse.

En 1930, Tiefense a proposé de traiter l'asthme par un régime acidifiant, car il estimait que l'alcalose prédispose aux accès; la base théorique de ce traitement est erronée; mais en pratique, il semble donner des résultats intéressants, ainsi que M. a pu le vérifier sur 12 malades soumis à un régime pauvre en hydrates de carbone (bouillon, viande, albumine d'œuf et un peu d'épinards); l'amélioration ne persiste pas beaucoup après la cessation du régime qui doit être suivi très longtemps; en déprimant le tonus vagal et en exaltant le tonus sympathique, le régime cétogène constitue un bon appoint au traitement de l'asthme.

Lucien Rouquès.

P. Croveri. ***Entamœba histolytica et selles acides; considérations sur le diagnostic parasitologique de l'amibiase intestinale*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 2, n° 34, 25 Août 1934). — Le diagnostic parasitologique de l'amibiase est très facile dans les formes dysentériques; il est bien plus délicat dans les formes simulant la colite chronique, surtout dans les périodes de constipation; les difficultés deviennent considérables quand les selles sont acides car presque toutes les formes végétatives et même les kystes sont détruits. Aux méthodes classiques de réactivation (injection intraveineuse de cyanure de mercure, lavement de séné, injections d'émétine, purgatifs salins) et aux méthodes d'enrichissement, il est indispensable d'ajouter la coloration des étalements de selles par l'hématoxyline ferrique de Heindenhain; par son électivité pour les noyaux dont elle met bien en évidence la chromatine adossée à la périphérie et le cariosome central, elle permet d'identifier les amibes en voie de destruction qu'on retrouve toujours quand la recherche a porté sur un nombre suffisant d'étalements; la coloration par le Giemsa ne permet pas une identification assez sûre.

Lucien Rouquès.

M. Mairano. ***Considérations sur l'hyperglobulie dans l'ulcère duodénal*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 2, n° 36, 8 Septembre 1934). — En 1928, M. et Placeo ont trouvé des chiffres d'hématies dans 23 cas d'ulcère duodénal: 2 fois au-dessous de 5 millions, 2 fois à 5 millions, 12 fois entre 5 millions et 5 millions 1/2, 6 fois entre 5 millions 1/2 et 6, 1 fois au-dessus de 6 millions. Allodi et Griva n'ont pas confirmé la fréquence de la polyglobulie, n'ayant noté que 2 fois sur 26 des chiffres entre 5 millions et demi et 6. Dans une statistique récente, au contraire, Grasso sur 66 cas a trouvé des chiffres 16 fois au-dessous de 5 millions, 18 fois entre 5 millions et 5 et demi, 16 fois entre 5 millions et demi et 6, 9 fois entre 6 millions et 6 et demi, 5 fois entre 6 millions et demi et 7 et 2 fois au-dessus de 7 millions.

Cette polyglobulie de l'ulcère duodénal a été attribuée par Friedman qui l'a décrite un des premiers à une hyperadrénalinémie, hypothèse inexacte comme celle d'Allodi et Griva qui font dépendre la polyglobulie d'une stimulation de la moelle osseuse par les hémorragies occultes: dans les hémorroïdes qui saignent, on observe de l'anémie et non de la polyglobulie. M., qui avait remarqué que la polyglobulie coïncidait avec les fortes hyperchlorhydries, se rallie à l'opinion de Grasso qui estime que la polyglobulie est la conséquence de l'hypersécrétion et de l'hyperchlorhydrie; d'après les recherches récentes sur le principe gastrique anti-anémique, on peut admettre que la polyglobulie est à l'hypersécrétion gastrique ce que l'anémie est à l'achylie.

Lucien Rouquès.

R. Rimini. ***Action de la température ambiante sur la vitesse de sédimentation*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 2, n° 37, 15 Septembre 1934). — On admet souvent que la température extérieure n'a pas d'influence sur la vitesse de sédimentation, les recherches de R. montrent au contraire que cette influence est indiscutable; à l'état normal comme à l'état pathologique, la vitesse de sédimentation augmente avec la température, de 10 à 30° ; au-dessus de 30°, la vitesse continue à augmenter jusque vers 45° et décroît au delà ; vers 50° apparaissent des flocons d'hématies agglutinées à la limite entre la colonne sanguine et le mélange de plasma et d'anti-coagulant; au-dessous de 10°, la vitesse se ralentit avec la baisse de température jusqu'à la congélation. A ne s'en tenir qu'aux limites entre lesquelles la température du laboratoire ou de la salle du malade peut varier (10 à 30°), il y a dans les variations thermiques une cause d'erreur qui s'ajoute à la digestion, à la menstruation, etc., et dont il convient de tenir compte lorsqu'on veut par des déterminations successives de la vitesse de sédimentation apprécier l'efficacité d'une thérapeutique.

Lucien Rouquès.

D. Cantone et **P. Croce.** ***Le fonctionnement gastrique chez les vieillards*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 2, n° 38, 22 Septembre 1934). — D. et C. ont dosé l'acide chlorhydrique du suc gastrique chez 52 sujets de 65 à 90 ans, en bonne santé et sans antécédents ou symptômes de troubles gastro-intestinaux. Le suc gastrique a été recueilli soit par sondage prolongé à jeun, soit par extraction fractionnée d'un repas d'Ewald, technique préférable à la précédente; l'anachlorhydrie a été vérifiée par une épreuve à l'histamine, l'injection étant faite dès la fin de l'ingestion du repas. L'anachlorhydrie a été trouvée dans 14 cas (27 pour 100), l'hypochlorhydrie dans 20 (38,5 pour 100), la normochlorhydrie dans 13 (25 pour 100) et l'hyperchlorhydrie dans 5 (9,5 pour 100); dans aucun cas, il n'a été constaté de l'hypersécrétion; l'évacuation gastrique a été un peu accélérée dans 11 cas, retardée dans 7 et normale dans les autres.

La tendance à l'hypo- et à l'anachlorhydrie est d'autant plus accentuée que le sujet est plus âgé et ne dépend pas du sexe, des habitudes alimentaires, de l'usage de boissons alcooliques ou de l'état des artères; elle est donc l'expression du processus normal d'involution de l'estomac sénile.

Lucien Rouquès.

G. Benedetti. ***La pyrétothérapie de la néphrose vraie*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 2, n° 40, 6 Octobre 1934). — Une malade de 20 ans était atteinte d'une forme grave de néphropathie dégénérative, avec une grosse anasarque, une albuminurie notable, une diurèse très réduite, des modifications profondes des protéines sériques sans anomalies importantes des lipides sanguins et sans lipoïdurie; le pronostic paraissait très sombre et cela à brève échéance, quand une affection pulmonaire aiguë fébrile transforma la malade: disparition des œdèmes, reprise de la diurèse, diminution de l'albuminurie, atténuation des modifications des protéines. L'amélioration ne fut pas de très longue durée; dans un autre cas, au contraire, une guérison presque complète, survenue après une phlébite avec fièvre élevée, persista malgré la reprise du travail et de l'alimentation normale. B. a eu l'idée d'essayer la pyrétothérapie soufrée chez la première malade; les résultats ont été très intéressants et en reprenant les injections à chaque ébauche de rechute, il a réussi à maintenir la malade dans un état relativement satisfaisant; une injection de 5 cmc d'une préparation soufrée (soufre pyrétogène), provoquant une élévation de température à 39°, suffit pour rétablir la diurèse et pour faire disparaître les œdèmes en voie de réapparition, augmente la protéinémie sans modifier le rapport sérine-globuline et élève la pression osmotique des protéines. L'action du produit soufré doit être attribuée surtout aux modifications de l'équilibre colloïdo-osmotique du sang et des tissus secondaires au choc fébrile.

Lucien Rouquès.

A. Zuppa. ***Aspect radiologique des tumeurs rénales*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 2, n° 41, 13 Octobre 1934). — Se basant sur 10 cas personnels et sur l'examen de la littérature, Z. arrive à la conclusion qu'il n'y a pas un aspect radiologique caractéristique des tumeurs rénales, quelle que soit la méthode employée: examen direct, examen des organes de voisinage, pneumorein, pyélographie ascendante ou descendante; ces méthodes sont d'ailleurs à employer conjointement; la meilleure paraît être la pyélographie ascendante; mais il est certain que l'aspect radiographique seul est insuffisant pour le diagnostic et n'a de valeur qu'en fonction des données cliniques; de petites tumeurs peuvent rester invisibles; les images d'amputation ou de dilatation d'un ou plusieurs calices ou de l'ampoule s'observent dans certaines tuberculoses du rein, dans des compressions par tumeur extra-rénale voisine, dans certaines anomalies vasculaires, dans certains gros infarctus, dans certains cas de lithiase ou quand un caillot volumineux se trouve dans le bassinet. A plus

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

L'Eau de Régime la plus active des Vosges

GOUTTE - GRAVELLE - DIABÈTE - ARTHRITISME

Par son **action combinée** sur le **Foie** et les **Reins**, l'Eau de la Source Pavillon, **éminemment diurétique** et **cholagogue, élimine l'acide urique,** combat la constipation et **régularise les actes de la nutrition.**

ANTIANAPHYLAXIE CURATIVE DES

maladies chroniques

ENTÉRO-ANTIGÈNES

du Prof. DANYSZ
de l'Institut Pasteur



inimitables - sans danger s'emploient à tout âge, même chez les nourrissons - conservation indéfinie - curatifs = pas de déceptions = résultats rapides, importants et sûrs dans plus de 80 0/0 des cas, etc.

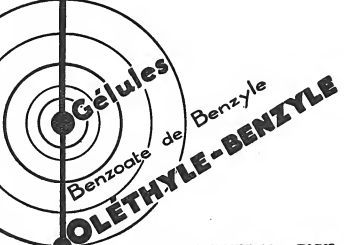
tous les troubles fonctionnels de l'intestin - appendicite chronique - colibacillose - asthme - rhume des foins - peau migraines - rhumatismes neurasthénies insuffisances hépatiques et toutes dysharmonies endocriniennes, etc.

Ampoules de 1 c. c.

BOITES DE 10 AMPOULES

ÉCHANTILLONS ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
Laboratoires DUCATTE, 31, rue des Francs-Bourgeois, PARIS

HYPERTENSIONS
ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE LISSE



LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg St Honoré
PARIS VIIIe



forte raison, il est impossible de reconnaître ou même de soupçonner par l'examen radiographique le type histologique d'une tumeur rénale.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. Pepino. ***Myélose globale aplastique due au néosalvarsan*** (*Minerva Medica*, An. **25**, t. 2, n° 41, 13 Octobre 1934). — Le cas de P. rentre dans le groupe des myéloses aplastiques globales suivant la terminologie de Di Guglielmo, dont le pronostic est pratiquement fatal. Un homme de 36 ans est traité tardivement pour un chancre intra-urétral, par une série de néosalvarsan et de bismuth; après un repos d'un mois, on commence une nouvelle série de néosalvarsan; alors que le malade a reçu en tout 6 gr. de néosalvarsan, il est pris de fièvre, de lassitude, de douleurs dentaires; il est pâle, avec un subictère léger et présente du purpura; les gencives sont tuméfiées, saignantes; l'amygdale droite est nécrosée ; rate et foie normaux; urobilinurie légère sans cholalurie; 3.200.000 hématies avec une valeur globulaire de 0,9; légère anisocytose et poïkilocytose; 600 globules blancs dont, pour 100, 82 lymphocytes, 5 monocytes et 13 polynucléaires neutrophiles à noyau fortement segmenté; 20.000 plaquettes. En moins de 3 semaines, le malade meurt; toutes les hémocultures restent négatives; quatre transfusions ne donnent qu'un arrêt temporaire des hémorragies buccopharyngées. Le dernier examen de sang, la veille de la mort, montre: 1.700.000 hématies, G. = 0,9, 500 globules blancs; sur deux étalements, on ne trouve que 5 ou 6 polynucléaires, sans aucune plaquette.

A l'autopsie, myocarde, foie et rein en dégénérescence trouble et graisseuse ; foyers de bronchopneumonie nécrotique et abcès pulmonaires. Rate un peu augmentée de volume; nombreuses cellules réticulo-histiocytaires dans la pulpe; sinus presque vides de sang, mais avec beaucoup d'éléments de type histiocytaire et quelques splénocytes; pas de polynucléaires; assez nombreuses cellules pigmentifères. Moelle osseuse, étudiée par ponction pendant la vie: pas de formes myéloïdes mûres; pas de mégacaryocytes; très rares hématies nucléées; rares myélocytes et myéloblastes souvent en dégénérescence; nombreux éléments réticulo-endothéliaux.

LUCIEN ROUQUÈS.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE (Milan)

A. R. Nelli. ***Sur la glycémie à jeûn dans la tuberculose pulmonaire*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, t. **55**, n° 28, 15 Juillet 1934). — N. a déterminé la glycémie à jeun dans 95 cas de tuberculose pulmonaire de tous les types et de toutes les gravités et l'a trouvée normale dans tous les cas; cependant, dans les formes graves étendues avec toxémie, on trouve en général des chiffres proches de la limite normale supérieure sans la dépasser. Il est donc impossible de déduire de la glycémie des données sur la forme et la marche de la tuberculose pulmonaire.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE

S. Gabrielli. ***Recherches sur le comportement de la glyco-régulation dans la maladie de Basedow : effets immédiats et lointains du traitement chirurgical*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. **8**, n° 1, Juillet 1934). — Chez 4 femmes de 24 à 45 ans atteintes de maladie de Basedow avec signes d'hyperexcitabilité sympathique, G. a noté des troubles de la glycorégulation caractérisés par une certaine hyperglycémie à jeun et des anomalies de l'épreuve d'hyperglycémie alimentaire: élévation accentuée du premier et du second complexe, absence d'hypoglycémie post-hyperglycémique. Les malades ayant subi une thyroïdectomie subtotale, G. a constaté que ces modifications étaient très atténuées ou même complètement disparues, au cours des premières semaines; mais, après plus d'un an, on notait à nouveau une tendance à l'hyperglycémie à jeun ou alimentaire, moins accusée toutefois qu'avant l'intervention; les malades n'avaient d'ailleurs été qu'améliorées et leur métabolisme restait entre + 15 et + 20.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

J. Hindmarsh et **P. Linde** (Stockholm). ***Recherche de l'alcool chez les blessés par accidents*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **75**, fasc. 3, 18 Juin 1934). — Chez tous les accidentés admis à la clinique chirurgicale pendant une année, on a cherché à savoir s'il y avait eu consommation d'alcool préalable par l'examen clinique et par le dosage de l'alcool dans le sang, selon la micro-méthode de Widmark.

Il y a en général concordance entre le diagnostic clinique d'imprégnation alcoolique et la teneur du sang en alcool; on constate même l'influence de l'alcool avec de faibles concentrations de cette substance dans le sang. Chez les sujets grièvement blessés, on ne peut pas toujours trancher cliniquement la question de l'ébriété et, d'autre part, le prélèvement du sang peut être difficile chez les sujets en état de choc.

A l'admission à l'hôpital, 41 pour 100 des hommes blessés par accidents avaient de l'alcool dans le sang et les 2/3 de ceux-ci en avaient plus de 1 pour 1.000. La même proportion se retrouve dans les accidents de la circulation.

Les accidents, survenus sous l'influence de l'alcool, sont plus nombreux chez les sujets âgés. Ils présentent le maximum de fréquence les jours fériés et la veille de ceux-ci. Plus de la moitié de ceux qui sont tombés de voiture ou qui ont versé avec une voiture, ou qui ont été écrasés comme piétons, avaient de l'alcool dans le sang. Dans les accidents de la circulation, il ne faut donc pas se contenter de vérifier l'état de sobriété du conducteur, mais s'occuper également de celui de la victime.

ROBERT CLÉMENT.

O. Mikkelsen (Copenhague). ***Pancréatite aiguë*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **75**, fasc. 4/5, 26 Septembre 1934). — Si l'étude des pancréatites aiguës et de la nécrose du pancréas a fait quelques progrès, le traitement est encore presque exclusivement chirurgical et donne encore une mortalité moyenne de 50 pour 100.

Le traitement chirurgical, qui consiste à inciser la capsule et à drainer le pancréas, n'a pas de base anatomique: le pancréas n'a pas de capsule proprement dite et l'incision du péritoine, qui recouvre le pancréas, ne diminue pas la tension des sécrétions intra-pancréatiques. Pour diminuer celles-ci, il faudrait dilacérer la mince couche de tissu conjonctif qui recouvre chaque lobule. Cela n'est pas réalisable et le tissu conjonctif est en relation si intime avec le tissu glandulaire qu'on risquerait d'augmenter la nécrose, de provoquer des hémorragies ou la formation de fistules.

Les bases théoriques d'une intervention sur les voies biliaires sont meilleures, mais les opérations systématiques sur les voies biliaires n'ont pas diminué sensiblement la mortalité. Le malade est dans un état si grave qu'il supporte mal les interventions chirurgicales.

Le traitement médical conservateur, appliqué à 39 malades en 8 ans, a donné seulement une mortalité de 7,7 pour 100. 20 sujets étaient dans un état très grave, 3 moururent. Le traitement consiste en boissons abondantes (eau, thé) sans aucune autre alimentation; injections sous-cutanées et intraveineuses de plusieurs litres de sérum physiologique; administration de chlorhydrate d'éphédrine lorsque la tension artérielle est basse; lavements et, éventuellement, injections intra-veineuses 1 ou 2 fois par jour, de 1 cmc de « pituglandol ». Seuls les malades, ayant des symptômes avérés de calculs biliaires, furent opérés 1 à 3 semaines après l'apparition des symptômes aigus.

ROBERT CLÉMENT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

W. Silberschmidt. ***Tentatives d'immunisation par inhalation*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 24, 16 Juin 1934). — S rappelle tout d'abord un certain nombre de travaux ayant montré que l'inoculation peut se faire avec plus ou moins de succès à travers l'épiderme et par une injection sous-cutanée, mais aussi à travers la peau saine (méthode de Lowenstein), par les muqueuses comme les conjonctives, la muqueuse nasale, la muqueuse intestinale (Besredka, A. Lumière) et enfin par inhalation. C'est cette méthode que S. a pu particulièrement étudier et qui se montre capable de donner des résultats comme il résulte de certains effets des injections intra-trachéales. En tout cas, au niveau des alvéoles pulmonaires qui représentent une surface immense (250 fois celle du corps tout entier), les conditions pour la résorption sont particulièrement favorables. Il a été montré par ailleurs, par Heubner, qu'au cours de l'inhalation les plus grosses gouttelettes sont arrêtées par les voies aériennes supérieures tandis que les plus petites, celles de 2 µ, arrivent jusque dans les alvéoles, si bien que 30 à 40 pour 100 d'entre elles se retrouvent dans l'air expiré. Il faut donc pour cela réaliser une image très fine. S. y est arrivé en utilisant le nébulisateur diastaso de Vast.

Les animaux d'expérience ont été les cobayes maintenus dans des caisses de 64 litres de capacité. A ces animaux, on a fait inhaler, d'abord pendant deux heures puis plus tard pendant trois ou quatre heures par jour, de l'anatoxine ou de l'antitoxine diphtérique ou tétanique, à des doses qui ne peuvent naturellement pas être bien précisées.

En ce qui concerne l'anatoxine diphtérique, ces expériences ont montré qu'une immunisation est possible. Effectivement, les animaux traités par cette substance se sont montrés résistants à l'égard de doses trois à vingt fois supérieures à la dose léthale d'une toxine diphtérique. Quelques animaux sont cependant morts de pneumonie ou, quand ils avaient été insuffisamment immunisés, de diphtérie. Pour l'anatoxine diphtérique, les résultats ont été les mêmes. Les animaux ont supporté 1/50 ou 1/500 de cmc d'une toxine qui tue à coup sûr à la dose de 1/4000 de cmc. Avec l'antitoxine diphtérique, comme avec l'antitoxine tétanique, les résultats ont été de même ordre et également significatifs.

En somme, une immunisation active a été réalisée entre 11 à 13 jours par cinq inhalations ou davantage. L'immunité ainsi acquise persiste pendant deux mois ou davantage. D'autre part, une immunisation passive peut également apparaître après trois séances d'inhalation. Les résultats ne sont pas tout à fait aussi bons avec le tétanos qu'avec la diphtérie. Il en est ainsi en particulier

quand on procède à une inhalation thérapeutique. Si celle-ci est pratiquée dans les deux heures qui suivent l'injection de toxine et si elle est poursuivie avec énergie pendant les trois ou quatre jours qui suivent, on arrive à sauver des animaux auxquels on a inoculé une toxine ou une culture de diphtérie. La même méthode quand il s'agit de tétanos ne donne qu'une survie.

P.-E. Morhardt.

Arnold Albrecht. ***Traitement de l'ulcère gastrique et duodénal par la cure de Sippy modifiée*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 31, 4 Août 1934). — A la clinique médicale de Zurich, il a été utilisé, pour traiter les cas d'ulcère, une cure de Sippy modifiée dans laquelle il est administré toutes les heures 100 gr. de lait et de crème ou 100 gr. d'une soupe à la farine. Entre les repas, on abaisse la sécrétion soit par des préparations de belladone, soit par des préparations d'hydroxyde d'aluminium (alucol) en suspension dans de l'eau pure. Cette préparation a été remplacée, surtout quand il y avait de la constipation, par de la magnésie calcinée ou du perhydrol de magnésie.

Les cas ainsi traités comprennent d'abord un groupe de 60 sujets dont 36 atteints d'ulcus gastrique et 24 d'ulcus duodénal. Dans tous ces cas, on a constaté, aux rayons Roentgen, l'existence d'une niche. Dans 4 cas, il y avait même deux niches. Dans l'ensemble, 51 de ces cas ont pu être suivis assez pour constater que la niche avait disparu 27 fois, était devenue plus petite 13 fois et n'avait pas été modifiée 10 fois.

Dans ce groupe, on a constaté qu'il y avait 20 fois hyperacidité, 30 fois acidité normale, 7 fois hypoacidité et 3 fois anacidité. Dans le premier cas, l'acidité a été diminuée 5 fois, dans le second cas 4 fois et dans le troisième cas, l'acidité est revenue à la normale 2 fois. On a constaté 34 fois une diminution ou même la disparition complète (31 fois) des symptômes subjectifs. Les hémorragies ont été également favorablement influencées. Dans l'ensemble de ce groupe, il a été remarqué que quand l'acidité n'est pas ramenée à un chiffre normal, les symptômes subjectifs disparaissent cependant aussi souvent que l'acidité est rendue normale par le traitement.

Dans un second groupe concernant 34 malades, les rayons Roentgen n'ont pas fourni d'indications nettes. On a constaté cependant que l'acidité est revenue à la normale ou a diminué 6 fois sur 13. Le nombre des hémorragies qui ont cessé pendant la cure est de 19 sur 27.

En somme, sur 94 cas d'ulcus, il y en avait 33 d'hyperacides (35 pour 100) et 47 à acidité normale (50 pour 100). Cette hyperacidité a été plus fréquente (47 pour 100) en cas d'ulcus duodénal qu'en cas d'ulcus gastrique (21 pour 100). Par contre, la courbe de l'acidité ne se modifie pas suivant une règle absolue quand l'hyperacidité tend à disparaître sous l'influence du traitement.

Dans un troisième groupe de 14 cas, on trouve exclusivement des hyperacides dont la sécrétion a été 8 fois rendue normale et est restée 5 fois sans modification. Dans 11 cas, les symptômes subjectifs ont diminué. Dans l'ensemble, les résultats obtenus doivent être, d'après A., qualifiés de satisfaisants, bien que l'abaissement de l'acidité n'ait pas été obtenu dans la proportion qu'on espérait.

P.-E. Morhardt.

B. Galli-Valerio. ***Observations sur les morsures de Vipera aspis L*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 33, 18 Août 1934). — G. V. remarque que Vipera aspis L. est très fréquente en Suisse occidentale, tandis que Vipera berus L. est très rare, mais s'étend au contraire beaucoup en Allemagne. La quantité de venin produite par ces deux espèces s'élève à 30 ou 40 millig. et l'action est identique. Mais ce venin se forme lentement de sorte qu'en faisant mordre le bord du chapeau comme les paysans italiens en ont l'habitude, on se préserve de la morsure. Pour tuer un cobaye de 600 à 700 gr., il suffit de 0.00004 gr. de venin Vipera berus. Par ailleurs, on connaît mal les effets d'une morsure chez un homme qui n'a été soumis à aucune thérapeutique.

C'est pourquoi G.-V. ayant été, accidentellement, mordu pendant qu'il soignait des vipères en captivité, voulut observer sur lui-même les symptômes déterminés. Une seule dent avait atteint le doigt et la piqûre fut fort peu douloureuse. Elle fut par contre suivie d'une douleur très vive irradiant jusqu'à l'avant-bras, d'engourdissement puis de gonflement du doigt mordu et de la main, puis de l'avant-bras. Une demi-heure après la morsure, il apparut des bâillements, des nausées, de la diarrhée, des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux et du ténesme vésical. Ces troubles persistèrent avec une violence extraordinaire jusqu'à 10 heures et demie du soir. A ce moment, G.-V. se sentit tellement fatigué, qu'il ne trouva pas la force de rentrer chez lui et coucha au laboratoire.

Le lendemain, le bras était enflé et des douleurs se faisaient sentir surtout au coude. Dans la soirée de ce jour, les vomissements recommencèrent et le sommeil fut mauvais. A partir du surlendemain, les symptômes commencèrent à s'amender un peu et l'alimentation devint possible, bien que les nausées et la diarrhée n'aient pas complètement cessé. Le 4e jour, après la morsure, l'enflure disparut complètement ainsi que les nausées. Mais les douleurs dans le bras étaient encore assez vives pour empêcher de dormir. Le lendemain et le surlendemain, il y eut une forte polyurie qui s'accompagna d'une excitation nerveuse. Enfin, pendant quelques semaines, il persista des phénomènes de dépression psychique.

G.-V. remarque que si les vipères n'ont aucune tendance à se jeter sur l'homme, par contre, les couleuvres sont très agressives. A titre prophylactique, il recommande des chaussures qui montent jusqu'au-dessus de la cheville et une grande attention sur l'endroit où on pose les mains dans les zones où les vipères sont fréquentes. Les primes peuvent rendre de grands services au point de vue de la destruction des vipères. En cas de morsure, il est recommandé une ligature immédiate qui ne doit pas durer plus d'une demi-heure, la succion de la plaie, l'élargissement de la blessure, l'injection de permanganate de potasse, de chlorure d'or à 1 pour 100 ou d'eau de Javel à 1/10, un demi-verre d'eau sucrée toutes les demi-heures avec III ou IV gouttes d'ammoniaque et surtout l'injection d'antisérum.

P.-E. Morhardt.

H. Brunschweiler. ***Un cas d'emphysème cérébral*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 36, 8 Septembre 1934). — B. a eu l'occasion d'observer une femme de 55 ans, renversée 10 jours auparavant par une auto, accident ayant déterminé une hémorragie de l'oreille droite et un coma de 24 heures. L'amélioration survint rapidement et le 5e jour, la malade fut autorisée à se lever. Mais aussitôt, elle ressentit un violent mal de tête, puis présenta de l'aphasie, de la somnolence et, au bout de 2 à 4 jours, un coma profond. A l'examen : coma absolu, myosis, réflexes tendineux, périostés et abdominaux faibles ou abolis ; réflexes plantaires en extension surtout à droite ; tonus diminué, sphincters relâchés ; température 38°2. L'absence de toute réaction méningée élimine la possibilité d'une hémorragie, d'un abcès ou d'une infection méningée. On pense à un pneumocéphale et on procède à une radiographie qui confirme l'existence d'emphysème. Effectivement, le champ cranio-cérébral est sillonné de traînées noires très marquées correspondant aux vaisseaux rendus visibles par la propagation d'air dans leur gaine. Le fait est apparent notamment pour le sinus latéral dans la radiographie de côté. Le diagnostic étant établi, B. fit pratiquer, au voisinage de la fracture, une trépanation qu'on maintint ouverte jusqu'au moment où la fracture put être considérée comme réparée. L'amélioration de la malade commença le lendemain et en quelques semaines la guérison était complète.

Pour expliquer les faits de ce genre, il faut admettre qu'une soupape s'intercale entre les voies respiratoires supérieures et le réservoir cranien, une communication étant créée entre les deux par une fissure cranienne. Cette communication peut se faire par le sinus frontal gauche (cas de Paschaud) ou par l'oreille moyenne (cas de Brunschweiler). Dans ce dernier cas, ce serait la trompe d'Eustache qui aurait fonctionné comme soupape. Le fait est d'autant plus vraisemblable que la pression dans les sinus augmente à l'expiration forcée (toux, éternuement) ou au moment de la déglutition.

Il est possible aussi que, quand la brèche de la dure-mère coïncide avec la brèche osseuse, il peut se créer un mécanisme fonctionnant comme l'autre. Du moment qu'on est en présence d'un état menaçant, créé par un pneumocéphale, il est nécessaire d'intervenir pour mettre fin à ce mécanisme. On risque ainsi d'entraîner une méningite. Mais dans un cas, comme celui de B., la mort était imminente et le seul moyen de sauver la malade était l'intervention qui comporte naturellement certains risques.

P.-E. Morhardt.

W. Silberschmidt. ***Immunisation par inhalation*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 48, 1er Décembre 1934). — S. a poursuivi ses expériences sur l'immunisation par inhalation en recherchant si cette méthode permettait de réaliser également un état anaphylactique. Il a fait inhaler à 3 cobayes, à 5 reprises, en 8 jours 12 cmc de sérum de bœuf et, 54 ou 90 jours après le début de ce traitement, il a procédé à des injections intraveineuses de ce même sérum qui, les trois fois, a déclanché un choc. Si les inhalations sont poursuivies pendant moins longtemps, le choc ne se produit pas aussi régulièrement.

Des essais du même genre ont été pratiqués avec une toxine diphtérique qu'on a fait inhaler aux animaux. On a pu constater ainsi que 4 cmc administrés par cette méthode en 14 à 48 heures déterminent la mort. Avec une toxine diluée au 1/50, la mort ne survient qu'au bout du 3e ou du 4e jour. Les rats et les souris se montrent réfractaires à l'égard des injections comme de l'inhalation de toxine diphtérique.

Avec la toxine tétanique, on a constaté que 4 cmc inhalés pendant une heure déterminent la mort du cobaye en 48 heures. Pour les rats et pour les souris, deux inhalations déterminent la mort en 2 à 4 jours. Des expériences faites avec la ricine ont permis également de tuer des cobayes ou des rats en 40 heures et des souris en 60 heures.

Des médicaments ont été bien souvent administrés par cette méthode. Les recherches de S. ont porté sur des souris et des rats infectés par une souche pathogène de trypanosome, le médicament injecté étant du tartre stibié en solution à 2 pour 100. Tandis que les animaux de contrôle mouraient en 4 à 9 jours, on a réussi, avec des inhalations de ce genre, à maintenir ces animaux en vie pendant 22 jours et davantage. Il ne semble pas y avoir de différence nette entre l'emploi prophylactique et thérapeutique de cette préparation. D'ailleurs, on constate des différences sensibles au point de vue résistance entre un animal et un autre. Dans quelques cas, les animaux sont morts en présentant des phénomènes d'intoxication par l'antimoine.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

P. Baize. ***Les accidents dus à la chaleur chez l'enfant et chez le nourrisson*** (*Le Bulletin médical*, t. **48**, n° 31, 4 Août 1934). — La chaleur a une influence indirecte sur la morbidité et la mortalité infantile en favorisant l'éclosion de troubles digestifs, en particulier des diarrhées cholériformes. La multiplication des diarrhées graves en été est probablement due à la pullulation, sous l'influence de la chaleur, des bactéries dans le lait insuffisamment ou trop tardivement stérilisé.

Le rayonnement solaire est responsable du « coup de soleil » assez comparable à une brûlure du premier degré. L'érythème peut s'accompagner d'inappétence, de céphalée, de fièvre. Les épistaxis, fréquentes au printemps et en été, peuvent être attribuées à la chaleur. L'insolation proprement dite est, en réalité, une hémorragie sous-arachnoïdienne, et présente la gravité de cette affection.

Chez le nourrisson, le coup de chaleur a de grandes analogies avec ce qu'il est chez l'adulte. Il faut cependant distinguer le coup de chaleur proprement dit, lié à l'excès de chaleur dans un air très humide ou saturé, et les syndromes de déshydratation provoqués par les vents chauds et secs, comme le syndrome du vent du Midi.

Le traitement prophylactique consiste à éviter un excès de chaleur dans les pièces où séjournent les nourrissons; en présence des accidents, il faut faire baisser la température, lutter contre la déshydratation et soutenir le cœur et l'état général.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Spillmann et **Watrin.** ***Contribution à l'étude des bromides végétantes*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **5**, n° 9, Septembre 1934). — S. et W. ont observé un enfant de 6 mois atteint, depuis 3 mois, de lésions végétantes de la face et des membres supérieurs, rappelant les bromides tubéreuses. Comme l'enfant ne prenait aucun médicament, on interrrogea la mère qui déclara être atteinte depuis l'enfance de crises comitiales et avoir pris chaque jour, pendant 6 mois, 4 comprimés d'une « poudre anti-épileptique », vantée dans les annonces d'un grand journal. L'analyse montra dans ces comprimés la présence de bromure et le brome put être décelé dans les urines et le lait de la mère.

C'est le bromure contenu dans le lait maternel qui provoqua l'explosion des tumeurs chez le nourrisson. Celles-ci ne se produisirent plus après le sevrage.

S. et W attirent une fois de plus l'attention sur le danger indiscutable que peut faire courir au public la publicité tapageuse de réclames plus ou moins charlatanesques, l'envoi de brochures-réclames à la clientèle, les consultations par correspondance et le colportage pharmaceutique qui vend directement au public trop confiant des spécialités sans diagnostic médical et sans aucune espèce de contrôle.

R. BURNIER.

E. de Grégorio. ***Tricophytie cutanée par vaccination antivariolique*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **5**, n° 9, Septembre 1934). — G. constata chez un jeune homme de 18 ans une lésion érythémato-squameuse circulaire, avec bordure vésiculeuse de la partie supéro-externe du bras gauche, apparue 2 mois après une vaccination antivariolique au même point. Les squames contenaient une grande quantité de spores et de filaments mycéliens de Tricophyton. G. put rassembler 23 cas semblables.

Dans tous les cas, la culture montra qu'il s'agissait du *Tricophyton faviforme discoïdes*, d'origine bovine.

Le vaccin variolique employé avait été préparé avec du vert brillant au 1/10.000, qui doit détruire les germes contenus dans le vaccin, sans annuler le pouvoir immunisant de celui-ci. Mais il est probable que dans certains tubes de vaccin, la destruction des germes a été insuffisante.

R. BURNIER.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

L. Gallavardin. ***Le rétrécissement mitral œdémateux*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **15**, n° 353, 20 Septembre 1934). — L'œdème pulmonaire n'est pas l'apanage exclusif des cardiopathies artérielles; on le voit également au cours des cardiopathies valvulaires endocardiques, même en dehors de la gravidité. Sous le nom de « rétrécissement mitral œdémateux », G. entend une forme clinique du rétrécissement mitral dont l'allure est spéciale et qui s'accompagne de poussées d'œdème du poumon.

A côté des rétrécissements mitraux à symptomatologie banale qui ne s'accompagnent à peu près jamais d'œdème pulmonaire aigu, il existe une forme de la maladie de Duroziez au cours de laquelle apparaissent de brusques congestions œdémateuses rappelant celles des brightiques, des hypertendus ou des aortiques. C'est tantôt l'œdème d'effort, tantôt les accès nocturnes qui présentent toutes les variétés depuis la simple menace se traduisant par une dyspnée de 1/4 d'heure à 1/2 heure, avec ronflement dans la poitrine, chatouillement du larynx et quelques secousses de toux ramenant un ou deux crachats, jusqu'au grand accès tragique; tantôt une forme mixte avec accès d'effort et crises nocturnes.

Ces complications œdémateuses ne s'observent pas dans tous les rétrécissements mitraux, on les trouve surtout chez la femme, dans le rétrécissement mitral pur ou prédominant, sans grande dilatation auriculaire gauche et fréquemment en dehors de tout signe d'hyposystolie ou de stase veineuse périphérique.

L'œdème pulmonaire est en général d'apparition plutôt tardive au cours de l'évolution de la lésion d'endocardite. C'est parfois après une poussée rhumatismale qui permet de soupçonner une atteinte myocardite provocatrice, mais c'est le plus souvent sans cause apparente que se déclenchent les premiers accidents. Une fois installée, cette forme d'asystolie est très rebelle et vouée malgré tous les efforts à une aggravation progressive. Notamment cette forme de rétrécissement mitral présente une résistance singulière à la médication digitalique, témoignant que l'œdème pulmonaire du rétrécissement mitral n'est pas la simple manifestation d'une banale insuffisance cardiaque, mais d'une forme spéciale d'asystolie.

L'explication de l'inefficacité du traitement digitalique et de toutes les thérapeutiques doit être cherchée dans les conditions qui régissent l'apparition de l'œdème aigu dans le rétrécissement mitral et qui sont différentes de celles des cardiopathies ordinaires.

ROBERT CLÉMENT.

L. Gravier. ***Syncopes d'effort solitaires au cours du rétrécissement aortique pur non rhumatismal*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **15**, n° 353, 20 Septembre 1934). — Parmi les divers syndromes d'effort que l'on peut observer au cours des cardiopathies, les syncopes brusques, complètes et brèves survenant de façon isolée, en dehors de tout autre trouble fonctionnel, constituent une forme spéciale, bien différente des incidents lipothymiques ou des défaillances cardiaques banales. Elles ressemblent aux syncopes d'effort qui apparaissent au cours des accès typiques ou frustes d'angor pectoris.

Ces syncopes d'effort « solitaires » paraissent avoir pour le rétrécissement aortique pur, non rhumatismal, une prédilection remarquable qui n'est certainement pas l'effet du hasard. 3 observations de syncopes d'effort survenues brusquement en dehors de toute autre manifestation fonctionnelle de dyspnée ou d'angor confirment le rôle étiologique fréquent du rétrécissement aortique pur.

Le type même de la lésion doit jouer un rôle dans le déterminisme de ces accidents: le rétrécissement aortique gêne considérablement la circulation cérébrale en ne permettant qu'une irrigation défectueuse ou à peine suffisante. Si les rétrécissements aortiques purs non rhumatismaux constituent la forme particulière des cardiopathies où l'on observe ces accidents, c'est peut-être une question de délai, la lésion paraissant dater des premières années de la vie et être susceptible d'une longue tolérance. Le rétrécissement rhumatismal apparaissant beaucoup plus tard et donnant plus rapidement des troubles asystoliques, les accidents syncopaux n'auraient pas le temps de se produire.

ROBERT CLÉMENT.

P. Courmont, H. Gardère et **L. Ngong.** ***Les évolutions tuberculeuses consécutives aux injections de sérum*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **15**, n° 355, 20 Octobre 1934). — Il est dangereux de faire aux tuberculeux des injections de sérum de cheval, elles peuvent produire une aggravation nette et souvent rapide de la tuberculose. Sur 19 cas de pleurésies chez des tuberculeux ou des sujets ayant des antécédents tuberculeux, 8 furent suivies de tuberculose pulmonaire évolutive; chez 5, on nota un sommet douteux après la sérothérapie; 4 ne présentèrent rien d'anormal, 2 étaient déjà en état de tuberculose avancée pendant tout le traitement. Dans la grande majorité de ces observations, il s'agissait de sujets ayant présenté plusieurs mois auparavant des manifestations diverses de tuberculose. Les injections sériques ne sont pas susceptibles de créer la tuberculose pulmonaire, mais transforment la « tuberculose infection » en « tuberculose maladie ».

Les tuberculoses constatées après l'injection de sérum ont une évolution variable. Chez des malades que l'on pouvait croire stabilisés, l'injection sérique provoque une poussée évolutive, qui sans elle ne se serait probablement pas produite.

Evidemment, la tuberculose n'est pas toujours aggravée par les injections sériques, les cas qui ne comportent pas d'accidents ne sont pas publiés.

La nature du sérum injecté importe peu: le sérum de cheval normal, les sérums préventifs ou thérapeutiques semblent se comporter de même façon.

Par voie buccale ou par voie rectale, le sérum de cheval ne semble pas présenter les mêmes inconvénients; les accidents d'intolérance observés chez certains hépatiques sont sans gravité.

Expérimentalement, le sérum de cheval aggrave la tuberculose du cobaye. 10 cobayes à qui on injecta expérimentalement 1/2 cmc de sérum de cheval et des bacilles devinrent tous tuberculeux alors que les témoins qui avaient reçu moins de 4.000 bacilles étaient indemnes. Le résultat est le même si on injecte bacilles et sérum à distance.

Chez l'homme tuberculeux, on peut invoquer comme cause l'action protéique du sérum.

Il est donc contre-indiqué d'injecter aux tuberculeux un sérum hétérologue, notamment à titre d'hémostatique dans les hémoptysies.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

J. Monguio. ***Production synthétique d'acide β-oxybutyrique et d'acide diacétique dans l'organisme à jeun des diabétiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 31, 4 Août 1934). — Il a été montré par Embden et Loeb que l'acide acétique est transformé par le foie en acide diacétique. Cependant, cette question n'a jamais été examinée en clinique. C'est ce qui a amené M. à rechercher dans quelles mesures l'administration d'acétate de soude par voie intraveineuse aux diabétiques ou à l'animal agit sur la proportion des corps cétoniques du sang.

Au cours de 4 expériences faites chez le chien à jeun et consistant à administrer une solution de 8 gr. d'acétate de soude dans 20 cmc d'eau dont le pH avait été ramené à 7,4, on a constaté, au bout de 12 heures, une augmentation moyenne de 0,98 milligr. pour 100 grammes. Au bout de 3 et de 5 jours de jeûne, l'injection a porté les corps cétoniques respectivement à 1,32 et à 0,33 milligr. En administrant cette solution concurremment avec 1 milligr. d'adrénaline, l'augmentation a été encore plus élevée. Chez un chien dépancréaté, elle a atteint 12,9 milligr. pour 100 grammes.

Chez l'homme sain, soumis pendant 4 et 5 jours à un régime sans hydrates de carbone, les corps cétoniques augmentent beaucoup plus que chez le chien et l'administration d'acétate de soude élève encore la moyenne de 6,39 milligr. Par contre, si l'administration d'acétate de soude est faite après un régime normal, les chiffres trouvés ne sont pas modifiées et oscillent entre 2 et 4 milligr. pour 100 grammes.

Chez 2 diabétiques, il a été constaté que les corps cétoniques n'atteignent pas un chiffre aussi élevé que chez le sujet normal qui jeûne. Mais l'administration d'acide acétique détermine également d'une façon nette une augmentation des corps cétoniques du sang comme dans l'urine. Dans ce phénomène, il ne s'agit pas d'un processus d'acétylisation. Les deux atomes de carbone doivent s'unir.

En utilisant des foies de rats soumis à un régime riche en hydrates de carbone ou au contraire ayant jeûné pendant 30 à 90 heures, on a constaté *in vitro*, que des coupes de cet organe mises en présence d'acétate de soude donnent lieu à une production de corps cétoniques qui atteint le maximum pour 30 à 40 heures de jeûne. L'adjonction d'acide pyroglucosique a des effets analogues. Il y a lieu d'admettre que la synthèse de l'acide β-oxybutyrique se fait non seulement à partir de l'acide acétique provenant des acides gras ou des acides aminés, mais également à partir de l'acide pyroglucosique. Lorsque la désintégration des hydrates de carbone est troublée comme le fait s'observe lorsque le foie est pauvre en glycogène, il est donc possible que la désintégration du sucre donne naissance à des corps cétoniques.

P.-E. Morhardt.

J. Monguio et **Fr. Krause.** ***La signification du taux de NH³ dans le sang pour apprécier les fonctions du foie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 32, 11 Août 1934). — Après avoir remarqué que l'ammoniaque peut résulter de certains phénomènes du métabolisme intermédiaire, de désintégration bactérienne dans l'intestin ou enfin d'une activité des reins, M. et K. exposent leurs recherches qui ont porté sur des chiens. Chez ces animaux, l'ammoniaque du sang atteint 0,06 à 0,15 milligr. pour 100 gr. contre 0,028 à 0,06 chez l'homme. Ces animaux ont été soumis à un régime d'abord très pauvre, puis riche en protéines (viande). On leur a également administré de l'urée et du glycocolle. Ces animaux étaient tantôt normaux, tantôt porteurs d'une fistule d'Eck.

Il a été constaté ainsi que le régime d'hydrates de carbone purs fait apparemment baisser légèrement l'ammoniaque du sang de 0,11 à 0,06. Par contre, la viande détermine une augmentation très nette, par exemple 0,10 à 0,24. Le glycocolle a des effets analogues. Chez les chiens porteurs d'une fistule d'Eck, on a constaté également une augmentation habituelle de l'ammoniaque dans le sang périphérique. Cette augmentation est vraisemblablement due à un processus fermentatif de désamidation qui survient dans l'intestin car l'administration d'urée n'a pas, à cet égard, les mêmes effets que la viande.

En cas de fistule d'Eck, l'administration intraveineuse de glycocolle à la dose de 0,1 à 0,25 gr. par kilo détermine également une augmentation de l'ammoniaque du sang, augmentation qui persiste plus longtemps que chez les chiens normaux. D'autres expériences ont montré que chez ces animaux, l'administration par la sonde gastrique de lactate ou de citrate d'ammonium détermine une augmentation de l'ammoniaque du sang, alors que, dans les mêmes conditions, chez les animaux normaux, le taux de cette substance ne se modifie pas.

Pour étudier les effets cliniques d'un excès d'ammoniaque dans le sang, il a été administré à des chiens normaux une solution d'uréase qui, dans quelques cas, avait été précédée de l'administration intraveineuse d'urée. On a pu ainsi faire augmenter l'ammoniaque du sang jusqu'à 0,89 sans qu'il ait été observé de convulsions. L'animal fut simplement obnubilé et vomit. Chez un chien à fistule d'Eck, le taux put s'élever à 0,85 sans qu'il apparût de phénomènes d'intoxication.

Les effets de l'intoxication chronique par la viande chez les animaux à fistule d'Eck ont été également étudiés en laissant un chien consommer 5 kilogr. 500 de viande en trois jours. L'ammoniaque a ainsi atteint 0,91. A ce moment, le chien devint somnolent, vomit à plusieurs reprises et commença à refuser la viande; deux jours plus tard, l'ammoniaque était revenue à son taux normal. Les vomissements ont pu faire baisser le taux de l'ammoniaque de 1,8 à 0,85 milligr. Un effet analogue a été obtenu avec 20 cmc d'une solution de glucose à 50 pour 100. Sous l'influence de cette médication, l'ammoniaque a passé en une demi-heure, de 1,4 à 0,5. Ainsi se trouve confirmé qu'en cas d'altérations parenchymateuses du foie, l'alimentation doit être pauvre en protéines et riche en hydrates de carbone.

P.-E. Morhardt.

H. Eufinger et **J.-B. Gottlieb.** ***Les modifications du bilan thyroxine-catéchine des différentes espèces de sang par un principe stimulant de la croissance*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 34, 25 Août 1934). — Les effets des hormones peuvent être souvent modifiés par l'addition des substances et notamment par des produits du métabolisme intermédiaire. Ainsi, par exemple, Blum a mis en évidence l'existence dans le sang, de catéchine, substance protectrice à l'égard de la thyroïde et sans laquelle on ne peut pas concevoir le bilan hormonal de l'organisme sain ou malade. La propriété antithyroïdienne conférée au sang par cette substance diminue pendant la grossesse. D'un autre côté, l'agent stimulant de la croissance qui est fabriqué par le lobe antérieur de l'hypophyse doit, lui aussi, être considéré comme une substance protectrice contre les effets de la thyroxine qui, elle, inhibe précisément la croissance.

En utilisant des têtards auxquels il a été administré comme alimentation diverses espèces de sang, on a pu constater que le sang du cordon, de même que celui qui est recueilli pendant la période de la puberté, contiennent un facteur de croissance antagoniste de la thyroxine. Il a été également procédé à des expériences avec l'acide lactique, l'acide urique, l'urée, la tyrosine, la leucine, etc. Il a été ainsi constaté parmi ces substances, que l'acide urique et l'acide lactique renforcent les effets de la thyroxine. Cependant, le pH semble avoir à cet égard une action marquée.

P.-E. Morhardt.

Herbert Koch. ***Apparition simultanée d'érythème noueux chez des trijumeaux*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 34, 25 Août 1934). — L'observation de K. concerne trois garçons de 3 ans. On constate sur les cuisses des éléments typiques bleu-violet, gros comme des pois, d'érythème noueux, dont l'évolution fut d'ailleurs tout à fait normale. La réaction à la tuberculine a été peu marquée.

La ressemblance entre ces trois enfants est très nette tant au point de vue de la maladie que de la réaction à la tuberculine ou encore des caractères physiques. La couleur de la peau, des cheveux, des iris est la même. La forme du nez, des oreilles, des dents ainsi que les diverses dimensions sont semblables. Les scrotums sont petits et vides. Il existe du genu valgum. Les trois enfants appartiennent au groupe sanguin B et la sage-femme pense qu'il n'y avait qu'une seule poche des eaux. Il semble donc bien s'agir de trijumeaux univitellins.

Cette observation montre que les dispositions héréditaires jouent un rôle dans l'évolution de la tuberculose bien que l'influence du milieu ne puisse être contestée. Selon K., l'érythème noueux ne s'observe que dans un petit nombre de cas d'infection tuberculeuse. Pour ces tri-jumeaux qui ont toujours vécu ensemble, qui ont été manifestement infectés en même temps par une même source, il faut faire intervenir à la fois le milieu et l'hérédité. Il y aurait alors lieu d'admettre qu'avec certaines dispositions héréditaires, l'infection tuberculeuse se manifeste toujours par l'érythème noueux.

P.-E. Morhardt.

Sigismund Peller et **Betty Rubinstein.** ***Amygdales et réaction cutanée photochimique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 34, 25 Août 1934). — Les amygdales doivent être considérées comme un organe endocrinien agissant comme un facteur d'inhibition sur la croissance du squelette, sur le développement de la cage thoracique et sur la maturation sexuelle (voir le travail de Peller analysé dans *La Presse Médicale* du 24 Août 1934).

D'autre part, il y a lieu de penser que les amygdales sont en relation avec la pigmentation réactive de la peau. Dans les pays scandinaves et anglo-saxons, l'amygdalectomie est beaucoup plus pratiquée que dans l'Europe centrale par exemple. D'autre part, sur 908 jeunes filles réglées de 14 à 16 ans, P. et R. ont constaté que les blondes étaient

presque deux fois plus souvent amygdalectomiées 13,4 ± 1,4 pour 100) que les brunes (7,6 ± 1,5 pour 100). Ainsi, quand la teinte des cheveux et celle de la peau sont claires, l'hyperplasie des amygdales est plus fréquente, les conditions géographiques, climatiques et sociales étant par ailleurs semblables.

En outre, il a été pratiqué, par la lampe de quartz, des irradiations de la face interne du bras chez 280 personnes dont une partie avait été amygdalectomiée. Sauf un enfant de 11 ans, la plupart des sujets étaient âgés de 30 à 50 ans. Il a été ainsi constaté que 20 heures après l'irradiation, les sujets amygdalectomiés réagissent moins souvent que les témoins par de l'érythème. L'intensité des réactions varie également car chez les tonsillectomiés, il faut irradier une ou deux minutes de plus que chez les témoins pour obtenir un certain degré d'érythème. En cas d'hypertrophie des amygdales, cette réaction présente un maximum d'intensité.

En ce qui concerne la pigmentation, des observations analogues ont été faites: 72 heures après l'irradiation, on constate plus souvent chez les amygdalectomiés que chez les témoins que la réaction de pigmentation est négative. De même, en cas d'hypertrophie des amygdales, la pigmentation est plus fréquente. La différence atteindrait chez les sujets pigmentés 36,7 ± 8,4 pour 100.

P.-E. Morhardt.

Erich Urbach et **Stefan Wolfram**. ***Inoculation à l'animal comme méthode de diagnostic différentiel dans les dermatoses suspectes de pemphigus*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 13, n° 36, 8 Septembre 1934). — Les affections qui simulent le pemphigus vulgaire ou la dermatite herpétiforme de Duhring sont très nombreuses (herpès de la gestation, hydroa vacciniformis, épidermolyse, urticaire et toxicodermie bulleuses, pemphigus artificiel, etc.). Pour caractériser le pemphigus vulgaire et la dermatite de Duhring, U. et W. ont recours à l'inoculation à l'animal avec la sécrétion de bulles aussi récentes que possible ou à l'injection de sérum sanguin. Le sang complet, le liquide céphalo-rachidien et l'urine ne peuvent pas être utilisés en pareil cas. Mais si des vésicules spontanées ne se produisent pas, on peut recourir à une pommade contenant 70 pour 100 d'iodure de potassium. Ces recherches doivent être faites autant que possible avant qu'il ait été administré des médicaments actifs (arsenic, germanine, quinine, etc.). L'inoculation est pratiquée dans la région subdurale et la quantité injectée doit s'élever à 0,5 cmc du contenu de la bulle. L'animal utilisé est le lapin.

Sur un total de 25 cas qui ont fait l'objet d'un examen de ce genre, il en est 10 de pemphigus vulgaire et 15 de dermatite de Duhring. Dans le premier groupe, 80 pour 100 et dans le second 73,5 pour 100 ont donné un résultat positif après une période de latence d'au moins deux jours. Il faut noter, en effet, qu'au cours de leurs observations, U. et W. ont constaté quatre fois sur 114 lapins, des paralysies sévères qui sont survenues immédiatement après l'injection, probablement du fait d'hémorragies qui n'avaient rien de spécifique.

Dans un cas de premier groupe, il s'agit d'un homme de 65 ans qui présente à la face postérieure de la jambe, à la suite d'une irradiation ultraviolette, des bulles qui se sont renouvelées pendant plusieurs mois tous les deux ou trois jours et qui siègent au milieu d'une région pigmentée grande comme la main. La réaction de Wassermann est négative et, comme le traitement local ne donne rien, on met le malade dans un bain permanent qui agit bien. Mais il survient une récidive et alors on procède à une inoculation chez trois lapins qui présentèrent des paralysies sévères ou des parésies, l'un à partir du 5e jour et les autres à partir du 12e jour. Ce cas serait le 3e de pemphigus localisé pour lequel on a pu pratiquer des inoculations à l'animal ayant donné des réponses positives. Ce fait démontre que les formes localisées ne diffèrent pas de la forme généralisée.

En somme, le nombre de résultats négatifs a varié entre 20 et 30 pour 100. Ces insuccès peuvent être dus à ce que le contenu des bulles était insuffisant, à ce que ce contenu n'a pas été injecté dans l'espace subdural ou encore à ce que certains animaux sont réfractaires à l'égard d'un virus.

D'autre part, 8 cas (exanthème toxico-bulleux, urticaire chronique, papulo-vésiculeux, pyodermie chronique, pemphigus artificiel, etc.) ont donné des résultats négatifs, aidant ainsi à préciser un diagnostic que l'évolution confirma.

Les constatations faites chez les animaux sont les suivantes. Au bout de 3 à 7 jours, il apparaît une parésie ou des paralysies spastiques, parfois même des convulsions. Une forme rare au cours de la première inoculation mais plus fréquente au cours du second ou du troisième passage est caractérisée par de la cachexie et l'absence de parésie. A l'examen anatomique, on constate une encéphalo-myélo-méningite chez tous les animaux quelle que soit la forme clinique présentée.

P.-E. Morhardt.

Julius K. Mayr. ***Recherches sur le pouvoir excréteur de la salive*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 13, n° 36, 8 Septembre 1934). — Il a été déjà montré par M. que si on administre une forte dose d'alcalin, on constate une augmentation du pH de l'urine aussi bien que de la salive. Si les reins sont malades, cette augmentation du pH salivaire se manifeste avec de petites doses. En administrant de l'urée on peut également faire augmenter cette substance dans la salive. Il y avait donc lieu de se demander si la salive possède réellement des fonctions d'excrétion. On arrive ainsi à montrer qu'on fait apparaître dans la salive certaines substances qui ne s'y trouvent normalement pas, comme l'or, le salvarsan, le brome, le bismuth, l'arsenic et le calcium. En dressant la courbe de cette excrétion, on constate qu'elle est très faible et qu'elle apparaît deux à quatre heures après celle de l'urine. Dans un tiers des cas, cette excrétion salivaire ne se produit pas.

Des recherches poursuivies sur le contenu d'une bulle produite par la cantharide ont montré que les choses se passaient d'une façon très analogue à ce qui a été constaté pour la salive. On retrouve, dans ce liquide, les corps qui passent dans la salive. Mais ce qui est retrouvé dans cette dernière sécrétion exprime simplement l'état d'imbibition des tissus, état qui retentit sur toutes les humeurs.

P.-E. Morhardt.

REVISTA MEDICA DEL ROSARIO
(Rosario)

T. Fracassi et **F. L. Marelli**. ***Un nouveau traitement de la névralgie du trijumeau*** (*Revista Medica del Rosario*, t. 24, n° 8, Août 1934). — Rappel de la symptomatologie de la névralgie faciale. Sicard décrivait trois actes successifs à la crise: *sensitif*, *moteur et sympathique*. L'examen neurologique objectif reste d'ordinaire négatif.

Les thérapeutiques modernes de la névralgie faciale consistent dans l'alcoolisation du trijumeau et dans sa section rétro-gassérienne. La galvanisation et la diathermo-coagulation seraient préférables.

On applique au contact du nerf, anesthésié par la novocaïne-adrénaline, d'abord le pôle positif, puis le pôle négatif, débitant un courant de 5 milliampères. Ces applications sont répétées, au cours de plusieurs séances de quelques minutes chacune, sur une suite de points sur le trajet du nerf.

G. d'Heucqueville.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Glaessner. ***Action thérapeutique de la cure d'eau distillée sur la lithiase biliaire*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 84, nos 30-31, 28 Juillet 1934). — G. s'est efforcé de démontrer l'action bienfaisante de l'eau privée de tout élément minéral (aquasolthérapie) dans une série d'affections du métabolisme (maladies du rein, rhumatisme, goutte, migraine, etc...). L'action bienfaisante de cette médication lui paraît spécialement évidente dans la lithiase biliaire; il l'appuie par une observation concernant une femme de 64 ans chez laquelle après une cure de ce genre disparut un calcul de la vésicule.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Hassmann. ***Contribution à l'étude bactériologique des affections intestinales chez le nourrisson et le grand enfant*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 47, n° 29, 20 Juillet 1934). — Dans un grand nombre d'affections chez le nourrisson et le grand enfant, telles que les dyspepsies simples, les intoxications intestinales, les pyuries, l'ictère simple, on a pu mettre en évidence des paracoli-bacilles, spécialement dans les affections récidivantes de l'intestin. Ces microorganismes peuvent être d'origine endogène ou exogène du fait de porteurs sains. Les souches de paracoli peuvent, après repiquages nombreux, se transformer en simple coli, ce qui laisse à penser que cette transformation peut avoir lieu également dans l'intestin; néanmoins, les souches de paracoli provenant d'affections sévères de l'intestin conservent généralement leurs caractères culturaux; le filtrat de ces cultures se révèle toxique pour l'intestin du lapin.

G. Basch.

Beer. ***Hématémèses et cancer du foie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 47, n° 29, 20 Juillet 1934). — Les hématémèses constituent toujours à la fois un signe impressionnant et un problème diagnostique souvent malaisé à résoudre. La première observation concerne une femme de 71 ans présentant des douleurs de l'hypocondre droit, de l'anorexie, de l'amaigrissement; l'examen montrait de l'ascite, de la sensibilité vésiculaire, et une tumeur cutanée périombilicale. Quelques semaines avant la mort survinrent des hématémèses. L'autopsie mit en évidence un cancer du foie à point de départ vésiculaire ayant amené une compression de la veine porte, les hématémèses paraissant secondaires à cette compression.

Une deuxième observation confirme l'opinion de l'auteur : là encore, l'autopsie mit en évidence une dilatation considérable des veines œsophagiennes qui avaient un aspect variqueux. Dans ces deux cas, la rate était de dimensions normales.

G. Basch.

Bergman. ***Coïncidence entre l'ulcus gastrique et les affections cutanées; contribution à la pathogénie de l'ulcus*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 47, n° 30, 27 Juillet 1934). — A l'appui de la théorie suivant laquelle l'ulcère de l'estomac est non point une maladie locale, mais une affection générale, ou bien encore une maladie seconde due au retentissement réflexe d'une autre affection, l'auteur passe en revue tous les syndromes infectieux (angines, grippes, pneumonies, tuberculose), susceptibles de donner lieu à l'ulcus gastrique.

Il est une catégorie de maladies peut-être provocatrices à laquelle nul ne s'est avisé jusque-là de songer, ce sont les maladies de peau; et pourtant, on ne peut s'empêcher de penser qu'un eczéma ancien à poussées périodiques doit amener chez celui qui en est porteur des troubles profonds du système végétatif. Certains cas de coïncidence avaient déjà frappé quelques auteurs (Lortat-Jacob, et Konjetzny). Sont également à rapprocher des observations d'ulcération gastrique chez les brûlés.

Chez 100 sujets atteints d'ictère gastro-duodénal, l'auteur a mis en évidence 28 affections dermatologiques dont 11 eczémas. Il reste à se demander si l'affection cutanée constitue réellement la maladie première, ou si c'est l'affection digestive qui donne lieu aux dermatoses, et la conception de l'auteur envisageant l'ulcère de l'estomac comme une endodermatose paraît tout au moins discutable.

G. Basch.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

G. Coryn. ***Les phosphatases du sang dans le diagnostic des affections osseuses*** (*Le Scalpel*, t. 87, n° 38, 22 Septembre 1934). — Les phosphatases sont des ferments capables d'hydrolyser les composés organiques du phosphore et de libérer les phosphates inorganiques. Il existe dans les tissus des phosphatases agissant sur les phosphates organiques, mais chaque tissu a une activité phosphatasique particulière. Les phosphatases sont très sensibles aux variations de pH. Leur action est réversible. Elles peuvent, dans certaines conditions, faire la synthèse d'un sel organique de chaux, par exemple en présence d'un excès de glycérol et de phosphate de chaux, faire la synthèse du glycérophosphate de chaux.

Dans le sang abandonné *in vitro*, le taux du phosphore minéral augmente, tandis que celui du P organique diminue au cours des heures qui suivent le prélèvement. Le dosage des phosphatases dans le sang doit tenir compte de ce fait.

L'unité d'activité phosphatasique correspond à la quantité d'enzyme qui libère 1 milligr. de phosphore inorganique, d'un excès de glycérophosphate de soude en l'espace de 2 heures, au pH 8,8 à 9,2 et à la température de 38° à 40°.

C. a fait de nombreux dosages de phosphatases dans différentes affections ostéo-articulaires. Le taux des phosphatases du sang est normal dans une série d'affections comme le myélome, les kystes osseux, les arthrites, la spondylose rhizomélique, l'ostéoporose sénile. Il est modérément élevé dans l'ostéomalacie, la grossesse et les métastases osseuses, les chiffres sont très augmentés dans le rachitisme, l'ostéofibrose kystique de Recklinghausen et dans la maladie de Paget.

Robert Clément.

J. Morelle. ***Hyperparathyroïdie à forme digestive*** (*Le Scalpel*, t. 87, n° 40, 6 Octobre 1934). — Chez une femme de 51 ans, des vomissements répétés et des douleurs abdominales intenses, sans fièvre, s'accompagnent de constipation opiniâtre et d'asthénie. On pense d'abord à une obstruction intestinale due à des brides consécutives à une opération gynécologique antérieure. L'examen radiographique du transit intestinal montre un retard de l'évacuation de l'estomac, des images anormales de l'intestin grêle, avec retard d'évacuation et un accolement en canon de fusil du côlon au niveau de l'angle hépatique. Les radiographies du squelette montrent une décalcification diffuse et modérée. L'examen du sang donne: hypercalcémie, hypophosphatémie; il y a aussi hypercalciurie. Il y a amélioration pendant un mois et demi, puis rechute, état nauséeux sans vomissements, asthénie, puis vomissements.

L'extirpation d'un adénome parathyroïdien, suivie de manifestations tétaniques post-opératoires transitoires et du retour à la normale de la calcémie et de la phosphatémie, amena la disparition des nausées, des vomissements, des douleurs épigastriques, améliora la constipation et fit réapparaître l'acide chlorhydrique dans l'estomac.

Les troubles digestifs observés seraient le résultat d'une hypersécrétion parathyroïdienne, révélée par l'étude humorale et les signes osseux réduits à une décalcification diffuse du squelette.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
(New-York)

Carrol de Courcy et **Joseph de Courcy** (Cincinnati). ***Hypertension essentielle et traitement par surrénalectomie bilatérale totale*** (*The American Journal of Surgery*, vol. 25, n° 2, Août 1934). — Après quelques réflexions sur le fonctionnement des ovaires et surrénales au cours de la vie génitale de la femme, les auteurs se rattachent à la théorie qui fait de l'hyperadrénalinémie la cause de l'hypertension et des altérations des parois artérielles.

Ils ont ainsi opéré 6 malades, 12 adrénalectomies (Dans 2 cas, on trouva des tumeurs). Les résultats auraient été constamment satisfaisants, et auraient même, dans un cas, guéri une cécité.

P.-A. Huet.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

H. L. Blumgart, D. R. Gilligan, C. R. Lévy, M. G. Brown et **M. C. Volk.** ***L'action des diurétiques chez les sujets normaux*** (*Archives of internal Medicine*, t. 54, n° 1, Juillet 1934). — B., G., L., B. et V. ont étudié de façon très précise l'action de 4 diurétiques, 2 diurétiques mercuriels (merbaphène et salyrgane) et 2 diurétiques xanthiques (métaphylline et théobromine-salicylate de soude). Le régime alimentaire avait été calculé de façon à réaliser une constance suffisante du métabolisme de l'eau et des sels de l'organisme pour permettre d'évaluer les effets de la médication: alimentation uniforme, quantités égales d'eau données à des moments déterminés de la journée, les urines étant recueillies à intervalles rapprochés.

Tous les diurétiques étudiés produisent une augmentation de l'élimination de l'eau, du Na, du Cl, du K et du Ca. On n'observa pas de changements significatifs dans le métabolisme des phosphates, des sulfates, de l'ammoniaque ni de l'azote total.

B., G., L., B. et V. ont cherché, en se basant sur la teneur des humeurs en Cl, à préciser l'origine de l'augmentation de l'eau et des sels minéraux consécutive à l'administration des diurétiques. On constate que le rapport entre les excédents d'eau, de Na, de K et de Ca éliminés après administration d'un diurétique est sensiblement le même que celui qui existe dans les humeurs de l'organisme. La quantité accrue de chlorures excrétée pendant la diurèse produite par les diurétiques xanthiques est à peu près égale à celle qui existe dans une quantité équivalente de liquide de l'organisme; avec les diurétiques mercuriels, l'élimination chlorurée est un peu plus forte.

Si l'on compare les quantités de Na et de K excrétées aux concentrations de ces éléments dans les liquides intra et extra-cellulaires, on voit que les diurèses ont représenté une perte prédominante en liquides extra-cellulaires, la perte des liquides intra-cellulaires étant seulement de 10 pour 100. Les excédents de Ca urinaire constatés pendant la diurèse dérivent principalement des humeurs de l'organisme excrétées.

L'eau et les sels éliminés de l'organisme chez les sujets normaux pendant la diurèse sont rapidement regagnés par une rétention compensatrice qui débute immédiatement après la cessation de la diurèse. Avec le régime constant employé, plus la diurèse fut grande, et plus long fut le temps nécessaire à l'organisme pour rattraper le liquide perdu.

Un rapport évident put être constaté entre la grandeur de la réponse diurétique et la quantité de liquide organique disponible pour l'élimination; en effet, la réponse maxima s'observa chez le sujet le plus corpulent.

D'une façon générale, les diurétiques xanthiques déterminèrent une réponse moindre que les mercuriels donnés à doses comparables. En doublant la dose des diurétiques mercuriels, on doubla approximativement la durée de la diurèse et on tripla son intensité.

Contrairement à l'opinion de divers auteurs qui pensent que la diurèse consécutive aux médicaments diurétiques est déclenchée par le rein en réponse à des modifications mesurables de certains des constituants du sang, B., G., L., B. et V. n'ont constaté aucune variation appréciable dans la densité du sang ni dans la teneur en Na et en Cl du sérum pendant ou après la diurèse chez leurs sujets.

Le taux de filtration glomérulaire déterminé selon la méthode de Rehberg se montra le même pendant la diurèse que pendant les jours où l'on ne donnait pas de diurétiques, ce qui laisse penser que les diurèses observées ne dépendent pas de modifications dans le taux de filtration glomérulaire. Par contre, on trouva toujours une diminution du pourcentage de la réabsorption par les tubuli et cette diminution était proportionnelle à l'effet diurétique. En somme, aucun de ces divers diurétiques n'a d'action sur le taux de la filtration glomérulaire, mais ils augmentent la quantité des urines et de ses constituants grâce à une diminution relative de la réabsorption par les tubuli, les effets de ces divers diurétiques étant qualitativement les mêmes, les différences entre eux n'étant que quantitatives.

P.-L. Marie.

M. H. Natanson. ***Nouvelles observations sur l'effet des médicaments sur l'arrêt provoqué du cœur; effet de l'adrénaline et de substances chimiquement voisines*** (*Archives of internal Medicine*, t. 54, n° 1, Juillet 1934). — En comprimant le sinus carotidien, on arrive chez certains sujets à arrêter temporairement le cœur de façon plus ou moins prolongée, par suite de l'inactivité du nœud sinusal et de l'absence de formation de centres secondaires déclenchant des impulsions cardiaques. Ces sujets, étudiés au moyen d'électrocardiogrammes, permettent de contrôler de façon précise l'effet des médicaments sur la rythmicité du cœur.

Chez les 8 sujets étudiés dont l'un présentait des arrêts cardiaques de 7 à 9 secondes, l'injection sous-cutanée d'adrénaline fit cesser l'arrêt en créant de nouveaux centres d'impulsion au niveau des ventricules. Dans 3 cas, l'adrénaline injectée par voie veineuse produisit le même effet.

Le chlorure de baryum donné par la bouche fit cesser l'arrêt cardiaque de la même façon chez un sujet, mais resta sans action chez un autre.

Le gluconate de calcium, le mélange caféine-benzoate de soude, la coramine, le métrazol et la thyroxine se montrèrent inefficaces chez les sujets répondant constamment à l'adrénaline.

La digitale prolongea la période d'arrêt cardiaque.

Un groupe de composés chimiquement voisins de l'adrénaline produisirent une réponse sem-

blable à celle de l'adrénaline, mais de degré variable. L'efficacité de ces composés indique que, dans le traitement de l'arrêt cardiaque, il est nécessaire de mettre en jeu une action pharmacodynamique spécifique qui se traduit par la stimulation du mécanisme accélérateur cardiaque. Il ressort des belles recherches de N. que l'adrénaline se montre le médicament le plus actif pour combattre l'arrêt du cœur et prévenir les syncopes répétées qui accompagnent la maladie de Stokes-Adams du cœur. L'éphédrine et la phényléthanolamine à fortes doses prises par la bouche se montrent efficaces et peuvent convenir au traitement de certains cas de blocage du cœur.

P.-L. Marie.

H. M. Hand. ***Concentration des protéines du sérum dans différents types d'œdème*** (*Archives of internal Medicine*, t. 54, n° 2, Août 1934). — De l'avis de H., c'est la théorie de Govaerts qui explique le mieux la production de l'œdème quand le taux de protéines du sérum est bas. On sait que cet auteur soutient que la pression osmotique des colloïdes, lorsqu'elle est abaissée par suite d'un défaut de protéines dans le sérum, n'est plus capable de contre-balancer la pression hydrostatique normale (pression artérielle) et conséquemment d'attirer suffisamment d'eau des tissus, d'où production d'œdème. 1 gr. de sérine exerce une pression osmotique 4 fois plus grande que 4 gr. de globuline. Aussi la tendance aux œdèmes suit-elle davantage le taux de la sérine que celui de la globuline ou des protéines totales.

Epstein, le premier, a invoqué ce mécanisme dans la production de l'œdème des néphroses. Expérimentalement, on a pu produire des œdèmes associés à de l'hypoprotéinémie chez des rats soumis à un régime pauvre en protéines. Chez les chiens, on a déterminé de l'hypoprotéinémie et de l'œdème au moyen de la plasmaphérèse (saignée suivie de soustraction du plasma et de réinjection des éléments cellulaires dans de l'eau physiologique).

En clinique, on peut rencontrer de l'hypoprotéinémie dans diverses conditions et voir survenir de l'œdème si elle est assez accentuée. L'hypoprotéinémie peut résulter d'une ingestion insuffisante de protéines (œdèmes de guerre et de famine), d'une spoliation excessive des protéines due à l'albuminurie, à la diarrhée, aux hémorragies, d'une destruction exagérée des protéines comme dans les infections, les états cachectiques, enfin d'une insuffisance de formation des protéines par défaut d'assimilation (atrophie jaune aiguë, cirrhose hépatique, anémie pernicieuse). H. apporte des exemples de ces diverses variétés d'hypoprotéinémie hydropigène.

Normalement, le plasma renferme 6 gr. 2 à 8 gr. de protéines pour 100, dont 3 gr. 6 à 5 gr. de sérine et 2 gr. à 3 gr. 5 de globuline. Le rapport sérine-globuline est de 1,2 à 2,2.

Lorsque le taux des protéines du sérum s'abaisse, l'œdème apparaît d'ordinaire quand les protéines totales atteignent 5 gr. 5 pour 100 ou quand la sérine atteint 2 gr. 5. Ce sont là les niveaux critiques auxquels l'œdème se montre en général et auxquels la tendance hydropigène est le plus aisément influencée par d'autres facteurs, tels que l'apport de chlorure de sodium.

Comme le montrent les recherches faites sur ce sujet ainsi que celles de H., la perte de protéines affecte surtout la fraction sérine. La fraction globuline peut être normale, diminuée, légèrement augmentée, ce qui traduirait un processus de compensation, ou fortement accrue, comme c'est le cas principalement dans les infections.

Le rapport sérine-globuline n'a par lui-même que peu ou pas d'importance, puisque l'inversion du rapport due à une augmentation de la globuline a une signification toute différente de celle d'une inversion due à une diminution de la sérine.

L'apport de chlorure de sodium et l'équilibre des électrolytes exercent une influence importante en modifiant l'œdème associé à l'hypoprotéinémie.

Pour prévenir l'hypoprotéinémie et l'œdème qui en découle, le mieux est de faire ingérer des protéines en quantité convenable. Quand l'œdème s'est produit, le meilleur traitement est d'instituer un régime riche en protéines, de restreindre le sel et de donner à l'occasion des diurétiques acidifiants (chlorhydrate d'ammoniaque), de pratiquer des transfusions sanguines ou des injections intraveineuses de gomme arabique.

P.-L. Marie.

F. Albright, E. Blomberg, B. Castleman et **E. D. Churchill.** ***Hyperparathyroïdie due à une hyperplasie diffuse de toutes les parathyroïdes plus qu'à un adénome de l'une d'entre elles*** (*Archives of internal Medicine*, t. 54, n° 3, Septembre 1934). — A., B., C. et C. ont eu l'occasion d'observer 19 cas d'hyperparathyroïdie. Dans 14, ils ont pu rapporter cette anomalie à un adénome de l'une des glandules ou exceptionnellement de deux d'entre elles, les autres étant normales. Par contre, dans 3 cas dont ils relatent l'observation, le processus pathologique se montra très différent, l'ensemble du tissu parathyroïdien étant hyperplasié, ce qui donne lieu à un tableau clinique distinct, important à reconnaître et exigeant un traitement spécial. Passant en revue 101 cas d'hyperparathyroïdie, ils ont retrouvé 14 cas analogues.

La première malade présentait de la polydipsie et des calculs rénaux qui avaient été déjà enlevés une fois. Comme il existait une calcémie élevée et de l'hypophosphatémie, on soupçonna les parathyroïdes. Deux tumeurs symétriques furent extirpées. Les anomalies sanguines persistant, on enleva la troisième parathyroïde qui était également hyperplasiée. On ne put trouver la quatrième. A la suite de cette intervention, le taux du Ca et du pH se rapprocha de la normale.

Même histoire de coliques néphrétiques et de polydipsie chez le second malade. Les calculs enlevés, on constata les mêmes anomalies du Ca et du pH sanguin. On trouva les deux parathyroïdes droites hypertrophiées et on les extirpa. L'hypercalcémie et l'hypophosphatémie diminuèrent également.

La troisième malade présentait un tableau calqué sur celui des deux autres sujets, exception faite de la polydipsie. On trouva les 4 parathyroïdes hyperplasiées et on en enleva 3.

La structure de ces glandes différait notablement de celle rencontrée dans 16 cas où il existait une hypertrophie solitaire d'une parathyroïde. Comme caractères principaux, on note l'uniformité de structure, les dimensions énormes des cellules, l'aspect extrêmement hyalin du cytoplasme et la tendance aux formations glandulaires.

Les auteurs font une distinction entre cette hyperplasie parathyroïdienne multiple avec hyperparathyroïdie et l'hyperplasie compensatrice des parathyroïdes due au surmenage du tissu parathyroïdien, résultant par exemple de la privation de Ca (rachitisme, grossesse, ostéomalacie, etc.). Dans ces cas, une quantité accrue d'hormone est nécessaire pour maintenir une calcémie normale. Au contraire, dans les 3 cas relatés, l'hyperplasie produisait une quantité d'hormone supérieure à celle qui était nécessaire. Aussi peut-on rapprocher ces faits du goitre exophtalmique, hyperplasie donnant lieu à une sécrétion d'hormone supérieure à celle dont il est besoin.

A., B., C. et C. considèrent cette hyperplasie parathyroïdienne multiple comme une entité morbide.

Ils discutent la valeur du traitement chirurgical dans ces cas. En effet, l'ablation de deux parathyroïdes hyperplasiées fut sans effet sur le Ca et le pH sanguin chez un des malades. Même quand on enlève suffisamment de tissu parathyroïdien pour altérer de façon satisfaisante le chimisme sanguin, les troubles peuvent se reproduire. Peut-être la radiothérapie serait-elle plus indiquée ?

Si l'on analyse les cas publiés de tumeurs parathyroïdiennes multiples, on acquiert la conviction que l'hypophyse doit être incriminée, et spécialement le lobe antérieur. Deux des malades étaient des femmes ayant dépassé la ménopause et présentaient une teneur élevée de l'urine en hormone hypophysaire stimulant les glandes sexuelles. Dans plusieurs cas, on a trouvé de l'hypertrophie de la corticale surrénale. La cause de l'hyperplasie parathyroïdienne multiple serait un facteur stimulant les parathyroïdes d'origine hypophysaire.

P.-L. Marie.

S. Silver et **M. Reiner.** ***Trois cas de lévulosurie essentielle*** (*Archives of internal Medicine*, t. 54, n° 3, Septembre 1934). — S. et R. ajoutent 3 nouveaux cas de lévulosurie essentielle aux 27 déjà publiés.

Dans ces 3 cas, il s'agissait de jeunes gens. Chez l'un, toujours bien portant, la lévulosurie fut découverte par hasard. Un autre ne présentait comme anomalie que de simples crises d'œdème angio-neurosique. Le troisième, éliminé à l'occasion d'une assurance-vie, avait des douleurs hypogastriques paraissant purement fonctionnelles. Un de ses oncles aurait été diabétique.

Chez 2 de ces sujets, S. et R. ont pu étudier de près le métabolisme. La tolérance à l'égard des autres hydrates de carbone et le métabolisme de ceux-ci étaient normaux. Le glycose ingéré ne produisait que l'élévation attendue de la glycémie, l'hyperglycémie provoquée disparaissant complètement au bout de 4 heures. Le galactose était toléré à la dose normale de 40 gr. Par contre, l'addition d'une quantité de lévulose aussi faible que 1 gr. au régime du sujet déterminait de la lévulosurie ; que l'administration ait lieu par voie buccale ou par voie veineuse, le même pourcentage de lévulose était excrété. L'administration simultanée d'un autre hydrate de carbone (glycose, galactose) augmentait l'excrétion du lévulose.

L'adrénaline n'eut qu'une influence insignifiante sur la lévulosurie et sur la lévulosémie. L'insuline ne modifia guère non plus la tolérance au lévulose. L'ingestion de sorbite produisit une hyperglycémie marquée ainsi que de la lévulosémie et de la lévulosurie. Ainsi, il se forme du lévulose dans le métabolisme intermédiaire de la sorbite ; normalement, il est fixé par le foie sous forme de glycogène tandis que chez ce sujet, incapable de métaboliser le lévulose, il passait dans l'urine, bien qu'il ait été formé dans l'organisme lui-même.

S. et R. considèrent la lévulosurie essentielle comme une erreur spécifique du métabolisme, probablement congénitale, localisée primitivement dans le foie où il y aurait une déficience enzymatique se traduisant par une inaptitude à fixer suffisamment le lévulose et à le transformer en glycose.

P.-L. Marie.

S. H. Averbuck et **S. Silbert.** ***La cause de la mort dans la thrombo-angéite oblitérante*** (*Archives of internal Medicine*, t. 54, n° 3, Septembre 1934). — On possède encore peu de documents complets sur l'évolution et la terminaison de la maladie de Bürger. A. et S. ont étudié particulièrement ce point chez 47 malades âgés de 20 à 45 ans sévèrement sélectionnés dont ils relatent les observations avec les constatations nécropsiques qui furent faites dans 19 cas.

Tous les malades présentaient une atteinte des membres inférieurs, qui existait seule chez 22 d'entre eux, tandis qu'elle s'accompagnait d'une


avez-vous lu?
LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE
LA THÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE
ENDOPANCRINE
ÉDITIONS PAUL-MARTIAL - PARIS

atteinte des membres supérieurs chez 25. Tous. sauf 8, avaient subi au moins une grande amputation.

La maladie débute en général dans la troisième décade de la vie. Un début plus précoce indique une évolution fatale à brève échéance causée par des thromboses tendant à s'étendre et entraînant des interventions chirurgicales. Quand l'affection débute dans la quatrième décade, le maximum de survie est de 20 ans environ et un peu plus de la moitié des sujets survivent 10 ans et plus.

A. et S. insistent sur la prédominance des oblitérations vasculaires siégeant ailleurs qu'aux membres: thromboses coronariennes, mésentériques, plus rarement cérébrales. Ils estiment qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, mais qu'il existe une relation entre les thromboses viscérales multiples et l'atteinte des vaisseaux des membres. Toutefois, les lésions vasculaires constatées différaient, sauf dans un cas, de celles qu'on rencontre au niveau des membres et rappelaient plutôt celles de l'artériosclérose.

A. et S. rangent les causes de décès sous 4 chefs: opération (7 cas); affection intercurrente, accidents et suicide (12 cas); asthénie et cachexie (6 cas); accidents dus à des thromboses centrales et mort subite (22 cas), la cause de la mort étant alors le plus souvent une thrombose coronarienne (13 cas), moins souvent une thrombose mésentérique (3 cas), exceptionnellement une thrombose cérébrale.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (*Baltimore*)

H. Goldblatt, J. Lunch, R. F. Hanzal et W. Summerville. *Recherches sur l'hypertension expérimentale* (*The Journal of experimental Medicine*, t. 59, n° 3, Mars 1934). — Les méthodes employées jusqu'ici pour réaliser l'hypertension chez l'animal n'ont abouti qu'à déterminer une élévation passagère de la pression artérielle. Partant de l'idée que l'ischémie limitée aux reins pouvait être la condition initiale dans la production de l'hypertension associée à la néphrosclérose, G., L., H. et S. ont comprimé les deux artères rénales au moyen d'une pince spéciale chez des chiens pourvus d'une anse carotidienne de Van Leersum qui permet de lire directement la pression artérielle. Celle-ci fut mesurée quotidiennement pendant 2 mois avant la compression et fut suivie pendant 15 mois. La pince est construite de façon à pouvoir graduer à volonté le degré de constriction.

La constriction d'une seule artère rénale fut suivie d'une élévation modérée ou légère de la pression qui tendit à revenir au niveau initial. A la suite de la constriction bilatérale, la pression s'éleva à un degré variable chez tous les animaux. Durant une période variable consécutive à la constriction de la seconde artère de très fortes hypertensions furent souvent observées. On ne chercha pas à diminuer ou à supprimer la circulation collatérale qui s'établit à travers la capsule du rein et qui devient considérable chez les animaux chez lesquels on réalise une compression modérée au début que l'on augmente ensuite; cette circulation accessoire explique sans doute la tendance de l'hypertension à baisser chez la plupart des chiens. Néanmoins, la pression demeura bien au-dessus du niveau normal chez tous les animaux.

2 chiens, chez lesquels on comprima très fortement les deux artères, dès le début, présentèrent une forte hypertension suivie d'une urémie rapidement mortelle. Chez eux, l'azote de l'urée, l'azote total non protéique et la créatinine du sang s'élevèrent continuellement tandis que l'urée urinaire et l'élimination de la phénolsulfonephtaléine diminuaient jusqu'à la mort. Chez les autres animaux qui survécurent pendant de longs mois, la seule épreuve de la fonction rénale, qui indiquât une certaine altération du rein, fut, chez quelques animaux, celle de l'élimination de l'urée. L'urée sanguine, l'azote total non protéique, la créatinine et la guanidine restèrent dans les limites normales. Chez un chien qui avait conservé une hypertension élevée pendant 15 mois à la suite d'une forte compression des deux artères rénales, l'élimination uréique diminua de moitié. Chez tous les autres animaux ayant subi une constriction des artères rénales modérée, au début, puis progressivement augmentée, l'élimination uréique ne changea pas ou ne présenta qu'une légère diminution passagère.

Chez un chien, on comprima fortement l'artère splénique et les deux fémorales, mais la pression artérielle ne monta pas avant que l'on eût comprimé les artères rénales.

Chez un autre chien, on enleva la surrénale droite, on énerva la gauche dont on détruisit mécaniquement la médullaire et l'on sectionna les deux nerfs splanchniques gauches. La pression artérielle ne subit pas de modifications notables jusqu'à ce que l'on comprimât les artères rénales, ce qui détermina une élévation modérée et persistante de la pression.

Parmi les 9 chiens chez lesquels l'hypertension persista pendant 4 mois ou plus après la compression des deux artères rénales, 5 sont encore vivants. Chez les 4 qui ont succombé dans ce groupe, l'examen des reins indique que l'ischémie peut produire des altérations significatives au niveau des glomérules, du parenchyme et des vaisseaux. On ne trouva pas d'infarctus visibles à l'œil nu ni de nécrose massive histologiquement. Les lésions constatées chez les chiens, qui avaient présenté une hypertension persistante sans signes d'urémie, étaient donc plutôt du type abiotrophique que du type nécrobiotique. Ainsi, la nécrose du rein n'est pas une condition nécessaire, ainsi qu'on l'a soutenu, pour réaliser l'hypertension. Il faut probablement attribuer à ces lésions abiotrophiques du rein l'élévation de la pression artérielle puisque l'on sait bien que, lors des expériences de compression intense, portant même sur les deux artères rénales, on n'enregistre d'effet ni immédiat ni notable sur la pression.

Ces expériences indiquent donc que, chez le chien tout au moins, l'ischémie localisée aux reins est une condition suffisante pour la production d'une hypotension persistante. Quand la constriction des artères rénales est faite de façon modérée en débutant, l'hypertension ne s'accompagne pas de signes traduisant une altération de la fonction rénale. L'hypertension ainsi réalisée rappelle celle qu'on rencontre dans la « néphro-sclérose bénigne » de l'homme. L'augmentation ultérieure de la constriction artérielle n'altère pas manifestement la fonction rénale, probablement par suite du développement d'une circulation rénale accessoire. Par contre, la constriction d'emblée presque complète des artères provoque une forte hypertension accompagnée de troubles graves de la fonction rénale rappelant la « néphrosclérose maligne ».

P.-L. Marie.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE (*Turin*)

G. Giordanengo. *Etudes sur l'espace péridural* (*Archivio per le scienze mediche*, t. 58, n° 18, Août 1934). — G. a fait une étude complète de l'espace péridural pour faciliter la réalisation de l'anesthésie péridurale segmentaire de Dogliotti. Après une description embryologique et anatomique de l'espace péridural, des tissus périduraux et des ligaments périduraux, il montre que la fusion de la dure-mère avec la face interne du rachis, qui serait la règle chez les sujets âgés, est exceptionnelle: il n'y a que des adhérences incapables d'empêcher la diffusion des liquides injectés; il n'y a pas non plus de véritable obstacle anatomique entre les espaces péridurauх lombaires et sacrés: l'impossibilité d'anesthésier le plexus lombaire par voie sacrée, même avec beaucoup d'anesthésique, tient surtout aux fortes dimensions de l'espace épidural sacré et à l'importance de ses voies de communication avec l'extérieur par les trous sacrés.

G. étudie ensuite certains points de la technique de l'anesthésie épidurale: choix de l'aiguille, voies d'abord (les diverses voies postérieures sont équivalentes pour qui en a l'expérience, la voie latérale par le trou de conjugaison n'a d'intérêt que lorsqu'on veut agir directement sur une racine ou un ganglion), inclinaison de l'aiguille suivant les vertèbres. Pour s'assurer qu'on est dans l'espace épidural, on peut se fier, mais il faut une grande habitude, aux sensations perçues en enfonçant l'aiguille; mieux vaut employer la méthode du mandrin liquide de Sicard et Forestier préconisée par Dogliotti ou la méthode de la pression négative indiquée par un manomètre en U; les expériences de G. montrent qe le refoulement de la dure-mère par l'aiguille avant la perforation augmente les dimensions de l'espace épidural et produit une aspiration dont on n'avait pas encore donné l'explication; cette méthode ne paraît pas aussi sûre que celle de Sicard.

L'injection épidurale d'une grande quantité de liquide (50 à 80 centicubes) est indolore si l'on procède avec lenteur; la pression du liquide céphalo-rachidien subit au cours de l'injection épidurale une élévation qui dépend de la vitesse et de l'importance de l'injection; la pression baisse dès que l'injection est terminée, moins rapidement qu'elle ne s'est élevée.

La diffusion du liquide injecté est proportionnelle à sa quantité jusqu'à une certaine limite; celle-ci dépassée, l'extension en haut et en bas n'augmente plus; l'expérience de l'anesthésie épidurale segmentaire semble indiquer que, dans la règle, 20 à 25 centicubes suffisent pour obtenir la diffusion à tout l'espace péridural, sauf dans la région cervicale où le liquide ne pénètre jamais. La diffusion chez le vivant des liquides injectés dans l'espace péridural à travers la dure-mère est pratiquement nulle.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [*Sezione medica*] (*Rome*)

A. Ferrannini. *Le syndrome rénal dans les cirrhoses du foie* [*Il Policlinico* (*sez. medica*), t. 41, n° 8, 1er Août 1934]. — De l'étude de 9 malades, F. conclut qu'il y a dans les cirrhoses hépatiques un syndrome d'insuffisance rénale secondaire à la lésion hépatique: il est caractérisé par des troubles des épreuves de dilution, de diurèse fractionnée en orthostatisme et en clinostatisme et de concentration, par une élimination un peu insuffisante de phénolphtaléine, par une élévation de la constante d'Ambard et par une légère albuminurie. L'hépatothérapie n'améliore pas le défaut de concentration, ce qui confirmerait l'existence d'une lésion rénale et non d'un simple trouble fonctionnel. Les diurétiques du groupe de la théobromine n'ont qu'une influence légère sur la diurèse des cirrhotiques et des sujets normaux, tandis que celle des diurétiques mercuriels est bien supérieure chez les uns comme chez les autres: la différence dépendrait à la fois de l'intensité et du mécanisme d'action qui ne sont pas les mêmes pour les diurétiques des deux groupes: la théobromine est un diurétique rénal, les diurétiques mercuriels agissent sur les reins, les tissus et les humeurs.

Lucien Rouquès.

D. Beggi et **L. Dettori**. ***Recherches cliniques sur l'action hypoglycémiante de la sécrétine végétale*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **41**, n° 8, 1er Août 1934). — Il existe dans les plantes de la famille des chénopodiacées et en particulier dans les épinards une substance qui n'est pas sans analogies avec la sécrétine et qui a reçu le nom de sécrétine végétale; cette substance excite chez le chien les sécrétions gastrique et pancréatique externe; les corrélations fonctionnelles entre ces deux sécrétions et la sécrétion d'insuline ont conduit B. et D. à rechercher l'action de la sécrétine végétale donnée par voie buccale chez les diabétiques; cette action est nette surtout chez les diabétiques hypochlorhydriques; on observe une diminution marquée de la glycémie et de la glycosurie. La sécrétine végétale peut donc être considérée comme un adjuvant utile de l'insuline, qu'elle peut parfois remplacer dans les diabètes sans acidose.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. Croselti et **A. Forconi**. ***Le tableau clinique de l'intoxication subaiguë par le plomb*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **41**, n° 9, 1er Septembre 1934). — Cette étude porte sur une intoxication saturnine collective qui a touché environ 200 personnes et qui fut causée par le mélange à de la farine de blé de débris de plomb provenant d'une meule de moulin en mauvais état. Dans quelques familles, on observa des intoxications aiguës, dont certaines mortelles; mais dans la plupart des cas, il s'est agi d'intoxication subaiguë ; ayant pu examiner de nombreux intoxiqués, C. et F. décrivent la symptomatologie de cette forme rare de saturnisme.

Les caractéristiques principales sont: 1° une coloration particulière faite de pâleur et d'ictère, l'ictère d'après la réaction de Van den Bergh devant être considéré comme de nature mixte hépatotoxique et hémolytique; 2° la présence constante d'hématies à granulations basophiles; 3° des troubles digestifs : anorexie, dyspepsie, douleurs épi- puis médio-gastriques, constipation ou rarement diarrhée, sialorrhée, saveur amère dans la bouche, souvent sensation de constriction de la gorge; 4° une asthénie intense disproportionnée à l'état anémique; 5° un liséré gingival, toujours présent, plus ou moins intense, parfois très précoce (vers le 5e jour après le début des troubles). Une série de signes n'ont qu'une importance secondaire comparée à celle des précédentes: anisomicrocytose, polychromatophilie, réticulocytose, hématies nucléées, lymphocytose, augmentation des hématies nucléées, lymphocytose, augmentation de la vitesse de sédimentation, pigmentation de la muqueuse buccale, troubles du champ visuel, albuminurie.

Les signes d'intoxication ont apparu en général au bout de quelques jours ou d'une ou deux semaines, variations en rapport avec la dose ingérée de toxique. Dans 81 pour 100 des cas, la symptomatologie a été légère et n'a entraîné qu'une certaine incapacité de travail; dans 15 pour 100 des cas, l'asthénie et l'anémie ont été assez intenses pour nécessiter une hospitalisation de une à trois semaines; dans 4 pour 100 des cas, l'intoxication a eu une allure grave. L'anémie et l'asthénie ont régressé beaucoup plus lentement que l'ictère; les crises douloureuses, dans certaines formes sévères, ont eu une tendance manifeste à la récidive, malgré le régime; la disparition des hématies à granulations basophiles s'est faite en 2 à 4 semaines en moyenne; les troubles de la concentration urinaire, notés dans certains cas, se sont montrés durables. Les séquelles lointaines de l'intoxication seront d'ailleurs étudiées dans un autre travail.

LUCIEN ROUQUÈS.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

A. Giannoni. ***Les phénomènes consécutifs à la stase et à l'ischémie provoquée des membres dans l'étude des syndromes hémorragiques ; Note V : l'épreuve de la percussion pendant la stase (flicking test) comme méthode d'examen de la fragilité des petits vaisseaux*** (*Rivista di clinica medica*, t. **35**, n° 11-12, 15-30 Juillet 1934). — G. et Lunedei ont montré dans un travail antérieur que l'épreuve de la percussion et celle du lacet n'avaient pas la même valeur séméiologique; la production des hémorragies pendant la stase (signe du lacet) dépend de la formation de substances qui favorisent la diapédèse des hématies à travers les parois vasculaires; le signe du lacet indique surtout les troubles de la régulation tissulaire de la résistance des parois capillaires; l'épreuve de la percussion, au contraire, met en évidence la fragilité des petits vaisseaux.

Ces deux épreuves sont souvent positives en même temps, parce que dans beaucoup de diathèses hémorragiques, la fragilité et les troubles de la régulation de la résistance sont associés; si l'on combine les deux épreuves, c'est-à-dire si l'on fait la percussion sur un membre soumis à une ligature, bien entendu avant l'apparition des pétéchies dues à la stase, on peut constater que le signe du lacet est positif, alors que l'épreuve du marteau est négative: ce qui confirme l'indépendance des deux phénomènes.

L'épreuve de la percussion met en évidence la fragilité du système qui va des artérioles terminales aux plexus veinulaires de 3e et 4e ordre; les capillaires terminaux ne sont intéressés que pour une faible part et l'expression de fragilité des capillaires n'est exacte qu'en donnant au terme de capillaire une signification plus étendue que ne le veut l'anatomie. Il existe parfois aux divers points d'un segment de membre, tout étant égal par ailleurs, des différences manifestes dans la résistance à la percussion; ces différences régionales ne sont pas nécessairement les mêmes qu'avec l'épreuve de Hecht.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Giannoni. ***Les phénomènes consécutifs à la stase et à l'ischémie provoquée des membres dans l'étude des syndromes hémorragiques; note VI : variations du temps de coagulation sous l'influence des troubles provoqués de la circulation*** (*Rivista di clinica medica*, t. 35, n° 11-12, 15-30 Juillet 1934). — Lorsqu'on détermine le temps de coagulation du sang prélevé au même moment sur un membre soumis pendant 15 à 20 minutes à une compression par lien produisant soit de l'ischémie artérielle soit de la stase veineuse et sur le membre symétrique dont la circulation n'a pas été entravée, on constate que la vitesse de coagulation du sang du membre qui a subi la ligature peut être accélérée (36 cas sur 77), diminuée (38 cas) ou rester la même (3 cas); les différences en moins des temps de coagulation vont de 1 à 300 minutes, le plus souvent de 3 à 9; les différences en plus de 1 à 19, en général de 2 à 10.

La prolongation ou le raccourcissement du temps de coagulation ne dépend pas du sexe, de l'âge ou de l'état pathologique; qu'il y ait ischémie, stase veineuse ou ischémie puis stase, on peut avoir des variations en plus comme en moins; le type et l'intensité de la cyanose, les dimensions des taches de vasodilatation, la présence d'éléments urticariens avec paresthésies et prurit n'ont aucun rapport avec les modifications de la coagulabilité; la vitesse de sédimentation augmente en général quand le temps de coagulation a été prolongé au cours de la compression, mais les deux phénomènes sont indépendants. Les substances qui, dans la stase provoquée, déterminent les hémorragies capillaires (voir l'analyse précédente), n'ont pas d'influence sur la coagulabilité et il n'y a pas de rapport entre l'existence du signe du lacet et le sens des variations de la coagulation; ces variations sont les mêmes chez les purpuriques que chez les autres sujets et ne dépendent pas du nombre de plaquettes.

La pathogénie du phénomène reste donc imprécisée; elle doit être complexe; d'ailleurs, les tissus n'influent pas seulement sur la coagulabilité par les produits de leur métabolisme (accumulation de CO^2, de produits acides, de substances histaminosemblables pendant la ligature), mais ont aussi sur elle une action directe. De toute façon, les variations de la coagulabilité après ligature prolongée sont à retenir en pratique lorsqu'on fait une détermination du temps de coagulation.

LUCIEN ROUQUÈS.

SPITALUL
(Bucarest)

G. Seteano. ***Le traitement conservateur des bartholinites*** (*Spitalul*, t. **54**, n° 9, Septembre 1934). — S. pratique une ponction évacuatrice par la partie externe de la grande lèvre, en plein tissu sain, et l'on pousse l'aiguille jusqu'au foyer purulent. Quand l'aspiration ne retire plus de pus, on dirige l'aiguille dans une autre direction, car la glande de Bartholin présente parfois plusieurs lobules.

Quand le pus est évacué, on injecte par l'aiguille 1 à 2 cmc d'une solution de Dakin et d'eau oxygénée, parties égales. La guérison survient en 2 à 5 jours, en moyenne.

HENRI KRAUTER.

CLUJUL MÉDICAL
(Cluj)

J. Gavrila et **A. Man**. ***Considérations sur la sérothérapie antistreptococcique dans l'érysipèle*** (*Clujul medical*, t. **15**, n° 7, 1er Juillet 1934). — G. et M. ont observé 650 cas d'érysipèle, depuis 1927, avec une mortalité de 9,4 pour 100. Sur 232 cas traités par le sérum antistreptococcique Cantacuzène, la mortalité fut de 6,5 pour 100. Les autres 424 cas furent traités par des méthodes différentes; il y eut une mortalité de 11,3 pour 100. Le sérum a été administré par voie intra-musculaire chez les adultes en dose journalière de 50 à 100 cmc, la dose totale variant de 50 à 800 cmc; chez les enfants, 5 à 40 cmc par jour, dose totale de 20 à 40 cmc. Dans 70 pour 100 des cas, la sérothérapie fut appliquée entre le 2e et le 5e jour de la maladie; dans 5 pour 100, le premier jour; enfin, dans les autres cas, après le 6e jour.

La sérothérapie agit sur l'état général et local et les phénomènes s'amendent en 2 à 5 jours. On observe des récidives dans les cas traités par le sérum (5,5 pour 100) comme dans les autres (6,1 pour 100). Enfin, dans 17,2 pour 100 il y a eu des accidents sériques.

HENRI KRAUTER.

MISCAREA MEDICALA ROMANA
(Craiova)

A. Aslau. ***Contributions au diagnostic des artérites oblitérantes*** (*Miscarea medicala Romana*, t. **7**, n° 3, 1934). — A. propose un nouveau procédé pour faire le diagnostic différentiel entre l'oblitération et le spasme artériels. On fait une pléthysmographie à 32° et l'on note les oscillations de 1er degré (cardiaques) puis l'on vide le pléthysmographe et lon y introduit de l'eau à 43°.


LE REMONTOIR DU CŒUR

On note les modifications survenues dans l'amplitude et la forme du pouls par la chaleur.

Dans les artérites oblitérantes, le pouls ne change pas d'amplitude; dans les spasmes artériels, le pouls croît en amplitude et prend l'aspect d'un pouls normal.

Ce procédé fut contrôlé dans un cas par l'artériographie, dans un autre par l'intervention et dans un troisième par l'autopsie; il se révéla toujours exact. La méthode est supérieure à l'oscillographie parce qu'elle éloigne la contraction musculaire et la compression vasculaire.

HENRI KRAUTER.

B. Théodoresco et **N. Visineano.** ***Le traitement chirurgical des affections cardiaques*** (*Miscarea medicala Romana*, t. 7, n° 3, 1934). — T. et N. s'occupent uniquement des affections orificielles des sténoses. C'est Vaquez qui, dès 1919, précisa les indications opératoires. Dans les sténoses serrées, on a essayé sur 11 cas la valvulotomie, d'après la méthode d'Allen. Sur les 11 observations, 9 malades succombèrent au bout d'une semaine. Dans les sténoses valvulaires, la chirurgie est encore à ses débuts.

T. et V. décrivent ensuite les interventions dans les péricardites chroniques, rhumatismales ou tuberculeuses. La résection des adhérences extra-péricardiques, la péricardiolyse, la phrénicectomie; puis l'opération de Brauer (thoracectomie précordiale), puis les opérations proposées par Delorme (libération des adhérences intra-péricardiques), par Volhand-Schmieden (décortication du cœur), enfin, par Rehn (résection partielle du péricarde pariétal).

La phrénicectomie, dans les adhérences phréno-péricardiques, est suivie d'amélioration fonctionnelle considérable. L'opération de Brauer est indiquée dans la rétraction systolique de la paroi thoracique précordiale par adhérences péricardiques ou gros cœurs. Dans une statistique de Lenormant, il existait, en 1932, 112 opérés pour adhérences péricardiques, dont 25 pour 100 ont succombé après un an, 58 pour 100 étaient bien portants 3 ans après; 23 malades ont été opérés pour gros cœur, dont 53 pour 100 se sont améliorés remarquablement. T. et V. décrivent ensuite les interventions chirurgicales dans l'angine de poitrine, donnant la préférence à l'opération de Danielopolou. La chirurgie cardiaque, concluent-ils, a fait des progrès au moins dans les péricardites chroniques et dans l'angine de poitrine.

HENRI KRAUTER.

I. Grossman. ***Les dyspepsies colitiques*** (*Miscarea medicala Romana*, t. 7, n° 6, 1934). — G. rappelle que la dyspepsie colitique n'est pas une conception erronée mais une entité anatomo-clinique. Toute dyspepsie chronique intestinale est colitique. Elle se traduit par un complexe de symptômes; le traitement nous permet de fréquents et beaux succès sans qu'il soit arrivé à la perfection. Avec Noorden et Schmidt, G. décrit la dyspepsie fermentative et la dyspepsie par putréfaction.

La dyspepsie fermentative est due à un trouble de l'élaboration intestinale des hydrates de carbone, avec digestion normale des albumines et des graisses. L'analyse chimique établit toujours le diagnostic. G. trouve que la théorie de Smidt et Strassburger explique le mieux la pathogénie de la dyspepsie fermentaire qui serait due à une insuffisance diastasique de l'intestin grêle.

G. décrit ensuite *la dyspepsie par putréfaction*, dont la gravité dépasse de beaucoup la première. Cette forme de dyspepsie colitique peut retentir profondément sur l'état général et produire, sans ulcérations, sans suppuration ni hémorragies, une atteinte grave de l'organisme. Dans un cas personnel, la nécropsie découvrait une atrophie complète de la muqueuse intestinale, véritable anadénie intestinale.

G. décrit *les formes mixtes* où l'on trouve la fermentation qui irrite le côlon, irritation qui sécrète un exsudat albumineux qui putréfie et donne la dyspepsie colitique. *Le traitement* comporte une période de repos digestif. G. prescrit pendant 2 jours: thé sans sucre, potage de légumes bien passés, un peu de vin rouge. Dans la colite fermentative: thé, bouillon, kéfir, œufs à la coque, fromages frais; on peut donner un peu de sucre. Quelques jours plus tard, on peut ajouter: le pain de gluten avec du beurre et, 2 à 3 semaines après, purées de pommes de terre, riz, pâtes alimentaires. Enfin, des légumes et des fruits.

Comme médicaments: *l'opium* qui empêche le péristaltisme, retenant les aliments dans les étages supérieurs du grêle, favorise la résorption, diminue la quantité du matériel de fermentation et par là même empêche l'irritation du côlon et la production des formes mixtes.

L'agent le plus nuisible résultant de la fermentation, ce sont les acides organiques et, pour empêcher leurs effets, on donnera 3 à 5 gr. de carbonate et phosphate de chaux avant les repas. Cette médication est à suivre 3 à 4 semaines, car les récidives sont assez fréquentes. La thérapeutique de la dyspepsie par putréfaction est plus difficile, car là c'est la sécrétion du côlon qui produit le matériel nocif. Noorden met les malades au lit pendant 3 jours, avec jeûne absolu et applications chaudes abdominales. On donnera du sucre, 150 à 200 gr. par jour, puis du kéfir, puis des potages farineux, biscuits, œufs à la coque, macaroni avec peu de beurre. Tous ces aliments se résorbent dans le grêle et la quantité de résidus est minime. 2 à 3 semaines après, on donnera quelques légumes, des compotes bien passées puis un peu de viande grillée au beurre. Dans cette forme de colite chronique, les médicaments sont à essayer avec moins de chances : on essaiera l'atropine, l'émétine, l'uzara. L'opium est contre-indiqué; les purgatifs salins ou l'huile de ricin sont à proscrire. Les bacilles lactiques, les bactériophages d'Hérelle sont parfois utiles.

HENRI KRAUTER.

C. Daniel et **D. Mavrodin.** ***Les lésions de la vessie dans les affections gynécologiques*** (*Miscarea medicala Romana*, t. 7, n°s 7-8, 1934). — D. et M. rapportent un cas personnel de grossesse extra-utérine avec hématocèle pelvien; après laparotomie, la malade a présenté une nécrose de la vessie avec fistule vésico-abdominale et suppuration périvésicale, terminées par guérison.

La cystite coli-bacillaire constitue une cause prédisposante, parce qu'elle rend friable la paroi vésicale. Dans *l'étiologie*, on trouve: des traumatismes, contusions, plaies, blessures, ruptures, perforations vésicales, nécrose de la paroi. *La pathogénie* résulte du traumatisme (incision de la paroi abdominale, écarteurs mal placés, manœuvres de décortication, dissection du col utérin, surtout dans le Wertheim); au point de vue anatomo-pathologique les lésions sont intra ou extra-péritonéales complètes ou incomplètes. Les symptômes sont variables: après une période fébrile, post-opératoire avec réaction péritonéale, il apparaît un écoulement d'urine par la plaie abdominale. On peut alors pratiquer une cystoscopie, un cathétérisme vésical.

D. et M. décrivent ensuite les formes anatomo-cliniques, le diagnostic et l'évolution. Ils indiquent le traitement suivant: suture de la vessie (pendant l'opération), déviation des urines et drainage des plaies. Après l'opération, dérivation de l'urine, découverte de la plaie et sa suture; s'il y a suppuration, évacuation du pus, drainage sus-pubien et dérivation des urines.

HENRI KRAUTER.

Al. Crainiceano et **E. Kern.** ***Contributions à l'action des extraits du corps jaune ovarien*** (*Miscarea medicala Romana*, t. 7, n°s 7-8, 1934). — La dualité de la sécrétion ovarienne, d'action antagoniste — folliculine-lutéine — est actuellement admise universellement. Le corps jaune a un action inhibitrice sur l'ovulation et le rut.

L'hémorragie menstruelle coïncide avec la phase de régression du corps jaune. C. et K. publient 5 observations personnelles. Le corps jaune a une action inhibitrice sur la menstruation; on voit s'installer une aménorrhée complète avec troubles d'insuffisance ovarienne accentuée. Les résultats de l'emploi d'extrait de corps jaune sont remarquables dans les méno ou métrorragies abondantes. Dans l'hyperovarie, avec métrorragies fonctionnelles, dans les métrorragies, les injections de corps jaune produisent une inhibition de l'ovulation, avec d'excellents résultats dans l'hyperovarie. C. et K. proposent l'utilisation des extraits de corps jaune dans les affections gynécologiques s'accompagnant d'hémorragies et dans l'hyperovarie.

HENRI KRAUTER.

C. Stanca. ***Le problème hormonal et l'action homostimulante locale des extraits ovariens (injections intraovariennes)*** [*Miscarea medicala Romana*, t. 7, n°s 7-8, 1934]. — S. expose sa méthode préconisée et appliquée depuis 1924, des injections intraovariennes. Il cite 3 observations d'aménorrhée essentielle dont l'une compliquée d'épilepsie. La malade vit disparaître ses crises avec le rétablissement du flux menstruel. Les infections chroniques, le diabète, l'infantilisme utérin contre-indiquent l'emploi de la méthode.

Les résultats seraient dus à l'hyperémie provoquée et à l'irritation congestive de l'ovaire par une substance qui ne lui est pas indifférente.

HENRI KRAUTER.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Lausanne)

P. Gautier. ***Le début abdominal de la maladie de Bouillaud chez les enfants*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. 54, n° 10, 25 Septembre 1934). — Un enfant de 6 ans, ayant présenté des douleurs hypogastriques avec nausées sans vomissements, avec selles normales et température à 39°, on crut, malgré l'existence de douleurs au niveau du genou droit, à une appendicite. L'opération montra un appendice et un péritoine normaux, et les jours suivants la température persista jusqu'à ce qu'un assourdissement des bruits du cœur et l'apparition de frottements péricardiques aient permis d'affirmer qu'il s'agissait de maladie de Bouillaud ayant débuté par des accidents péritonéaux.

A l'occasion de cette observation, G. passe en revue les cas antérieurs et donne les traits principaux du syndrome abdominal observé comme première manifestation de la maladie de Bouillaud. L'absence de signes nettement appendiculaires permet le plus souvent d'exclure le diagnostic d'appendicite; celui de péritonite est plus difficile à éliminer. Il faut penser à l'existence possible d'accidents douloureux abdominaux de la maladie de Bouillaud et essayer l'épreuve thérapeutique.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

P. Govaerts (Bruxelles). ***Application du concept de la filtration-réabsorption à l'étude de la pathologie rénale*** (*Paris Médical*, t. **24**, n° 42, 29 Octobre 1934). — La théorie de la filtration-réabsorption entraîne une revision complète de nos conceptions en pathologie rénale. Elle explique la formation de l'urine par deux processus consécutifs: une filtration au niveau des glomérules suivie d'une réabsorption dans les tubes contournés. Sous l'influence de la pression sanguine, il se fait à travers la membrane des capillaires une filtration qui aboutit à une urine primitive dont la composition est pratiquement identique à celle du plasma privé des protéines. Au niveau des tubes contournés, il y a résorption de la totalité du glucose et d'une grande partie de l'eau et du chlorure de sodium.

G. s'est efforcé de confronter cette théorie avec les faits cliniques et de la contrôler par quelques recherches expérimentales.

On peut évaluer le volume du premier filtrat en mesurant l'élimination de la créatinine qui n'est pas réabsorbée au niveau des tubes contournés. Sous l'influence de la phlorizine, la résorption du glucose est électivement entravée. Si la théorie de la filtration-réabsorption est exacte, il doit être possible, en poussant au maximum l'action de la phrorizine, de faire en sorte que tout le glucose filtré au niveau du glomérule se retrouve dans l'urine définitive. Or, les expériences prouvent que le maximum d'élimination du glucose chez le chien phloriziné est atteint au moment où l'index de concentration de cette substance rejoint celui de la créatinine.

Chez 7 diabétiques, on a pu se rendre compte que, à glycémie égale, chez un même sujet, à jeun et au repos, l'excrétion du glucose varie dans le même sens que celle de la créatinine, elle ne présente aucune relation avec l'élimination de l'eau ou avec celle de l'urée. Donc, chez un diabétique à hyperglycémie constante, l'élimination du glucose est fonction de la filtration glomérulaire.

Le mécanisme physio-pathologique des œdèmes, des syndromes urémigène et hypertensif trouve aussi des explications satisfaisantes dans la théorie de la filtration-réabsorption.

Robert Clément.

R. Turquety. ***La méningite puriforme aseptique dans la petite enfance*** (*Paris Médical*, t. **24**, n° 43, 27 Octobre 1934). — Chez un enfant de 18 mois, 5 jours après l'hyperthermie et des signes de catarrhe des voies supérieures, survint une méningite aiguë à liquide puriforme, avec abondants culots polynucléaires très altérés, hyperalbuminose entre 0 gr. 75 et 0 gr. 85. Ces caractères se retrouvèrent identiques au cours de 3 autres ponctions faites les 9e, 13e et 17e jours de la maladie. Le syndrome méningé dura 17 jours, avec état général satisfaisant jusqu'au bout et disparut sans séquelles sauf un certain degré d'hypoacousie.

Sans tenir compte de l'altération profonde des polynucléaires (protoplasme homogène avec disparition des granulations, réseau chromatinien des noyaux peu apparent) et en se basant uniquement sur le fait que les cultures du liquide céphalo-rachidien sur gélose, gélose-ascite, gélose-hémoglobine restèrent stériles, T. admet qu'il s'agit d'une méningite puriforme aseptique. Une inoculation intra-péritonéale du liquide céphalo-rachidien au 7e jour ne provoqua ni ictère ni hémorragie, cuti-réaction à la tuberculine et Bordet-Wasserman négatif. Oreilles et yeux normaux.

A ce propos, T. passe en revue les diverses méningites puriformes aseptiques connues chez l'enfant et les étiologies que l'on peut invoquer dans ce cas-là.

Robert Clément.

ARCHIVES DES INSTITUTS PASTEUR D'INDOCHINE (Saïgon)

J. Guillerm, A. Banos et **Nguyen-van-Lien.** ***L'utilisation du « Krabao » indo-chinois pour le traitement de la lèpre*** (*Archives des Instituts Pasteur d'Indochine*, n° 18, Octobre 1933). — Les essais entrepris à l'Institut Pasteur de Saïgon, depuis 1930, montrent tout l'intérêt que présentent dans le traitement de la lèpre les graines de l'hydnocarpus anthelminthica. Parmi les « flacourtiacées » qui fournissent l'huile de chaulmoogra, l'espèce connue au Cambodge sous le nom de Krabao est la plus abondante dans les forêts indo-chinoises et la seule utilisée largement de tout temps par la pharmacopée européenne.

Les indigènes, traditionnellement, utilisent la graine entière après lui avoir fait subir une légère torréfaction. L'activité thérapeutique semblant appartenir aux lipides, il est préférable de procéder à l'extraction de l'huile qu'on administre à l'état naturel ou sous forme de dérivés variés.

Il est permis de regretter que les ressources du sol indochinois en huile de chaulmoogra ne soient pas plus judicieusement mises à contribution. Si la lèpre y est encore fréquente, la médication lépreuse trouve là une matière première abondante dans les hydnocarpées de ses forêts. Il serait bon de faire le recensement des quantités disponibles des graines de Krabao et l'organisation de la cueillette, particulièrement au Cambodge. Le traitement des graines et la préparation des médicaments chaulmoogriques exige une suite d'opérations, broyage, extraction par pression, filtration, etc..., qui nécessitent un matériel industriel et des recherches de laboratoires qu'il y aurait intérêt à organiser ou encourager.

Robert Clément.

L. Souchard et **Ramijean.** ***Contribution à l'étude du traitement de la lèpre par les savons de krabao*** (*Archives des Instituts Pasteur d'Indochine*, n° 18, Octobre 1933). — Des comprimés de 0 gr. 25 de savon total de krabao ont été administrés 2 fois par jour en présence d'une sœur européenne à 48 lépreux, internés à la léproserie de Cu-Lao-Rong, 23 malades ont suivi le traitement pendant 10 mois, 10 entre 8 et 9 mois, les autres de 1 à 7 mois, sans tenir compte des périodes de repos.

Si on élimine 6 malades qui, pour des raisons diverses, n'ont pas été traités de façon correcte, on trouve qu'aucun malade n'a été blanchi (0 pour 100); 14 ont été améliorés (34 pour 100); chez 6, l'amélioration est douteuse (15 pour 100); chez 11, l'état est stationnaire (25 pour 100); 11 ont été aggravés (25 pour 100). Les malades présentaient des lésions anciennes datant de 5 à 20 ans.

La rhinite lépreuse est la lésion qui a été le plus rapidement améliorée. Les ulcérations des lépromes se sont cicatrisées rapidement chez la plupart des malades. Les lépromes nodulaires ont subi très inégalement l'influence du traitement dont l'action a toujours été lente. Les douleurs névritiques ont été notablement diminuées chez presque tous les malades, mais ont réapparu dès la cessation du traitement. Les troubles de la sensibilité ne sont améliorés que très lentement et de façon irrégulière. Parmi les troubles trophiques, la chute des poils a été arrêtée en partie dans quelques cas; chez quelques-uns il y a même eu une légère repousse. Les amyotrophies n'ont pas régressé de façon perceptible. Les maux perforants ne se sont cicatrisés que d'une façon inconstante; les lésions maculeuses ne se sont effacées qu'avec une extrême lenteur et de façon très irrégulière.

Les savons de krabao peuvent provoquer chez certains malades des troubles gastro-intestinaux, des troubles d'insuffisance hépatique. Les reins peuvent également jouer un rôle dans l'intolérance de ce médicament: il y eut 2 cas de néphrite.

Les échecs sont dus à l'ancienneté des lésions ou à l'association de maladies chroniques comme le paludisme, la tuberculose, la syphilis ou le pian.

Le savon total de krabao paraît posséder chez les lépreux un pouvoir résolutif à peu près égal aux éthers éthyliques de chaulmoogra. Il a sur ces derniers l'avantage de sa voie d'absorption. La voie digestive est beaucoup plus commode que la voie parentérale; mais, jusqu'à présent, les troubles digestifs provoqués par cette médication tendent à en éloigner les malades. Dans le but de diminuer ces inconvénients, on essaye d'enrober de gluten les comprimés pour les soustraire à l'action du suc digestif.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin)

A. Frentzel-Beyme (Halle). ***Diverticule duodénal et pancréatite*** (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 39, 28 Septembre 1934). — F. a observé 17 cas de diverticule du duodénum. On ne constate de douleurs que si le diverticule entraîne une grosse stase duodénale, ce qui détermine une inflammation. Le pancréas ne se trouve atteint que lorsque le diverticule est en rapport avec lui, ce qui est le cas lorsque le diverticule siège sur le bord interne du duodénum.

Au début on ne constate que des douleurs abdominales atypiques, puis ensuite, les signes de pancréatite se manifestent. La réaction pancréatique est beaucoup plus intense et précoce lorsque le diverticule siège au niveau et au voisinage de l'ampoule de Vater. Il peut alors se produire une nécrose rapide du pancréas.

Guy Hausser.

R. Klima et **H. Rosegger** (Vienne). ***Lésions intestinales analogues à celles de la typhoïde au cours de leucémies*** (*Medizinische Klinik*, t. **30** n° 40, 5 Octobre 1934). — K. et R. rapportent deux cas d'aleucie hémorragique et un cas de leucémie aiguë. Dans les trois les sujets ont présenté, à la nécropsie, des lésions ulcératives de l'intestin grêle. Auparavant, on avait constaté du météorisme abdominal, des douleurs et des coliques, de la fièvre et des modifications de la formule sanguine.

Mais ces symptômes, sauf le dernier, sont très tardifs. Les signes du début avaient consisté en

épistaxis abondantes, sans fièvre, avec une torpeur progressive.

De ces observations K. et R. concluent que, sans nier l'existence d'une typhoïde hémorragique, il ne faudra pas, en présence de tel cas, oublier la possibilité de trouver une leucémie pseudo-typhique.

Guy Hausser.

G. W. Parade (Breslau). ***Dilatation anévrismale du cœur*** (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 41, 12 Octobre 1934). — L'anévrysme du cœur est assez rarement vu sur le vivant car la radiographie ne fournit qu'assez peu de renseignements exacts et précis sur son existence. P. a observé à la radiographie des dilatations de l'ombre cardiaque bien limitées, arrondies, sur un ventricule, qu'il ne faudrait pas confondre avec d'autres dilatations normales ou pathologiques.

P. vient d'en observer deux cas pour lesquels il a constaté à la radio une voussure du bord gauche du cœur. L'électrocardiogramme montrait par ailleurs de gros troubles de la conductibilité myocardique. Ces deux cas étaient survenus à la suite d'infarctus cardiaque à la suite d'obstruction des coronaires.

Guy Hausser.

H. Schoenemann (Rabenstein). ***Tabagisme, nicotinomanie, effets de la privation de tabac*** (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 43, 26 Octobre 1934). — Les symptômes de l'intoxication aiguë par le tabac sont : myosis, pâleur, sueurs abondantes, salivation, vomissements et nausées. Tous ces symptômes semblent être dus à l'action de la nicotine.

S. indique comme traitement de cette forme aiguë les diurétiques, des purgatifs et des lavages d'estomac. Dans le cas d'intoxication suraiguë, avec attaques convulsives, il conseille l'emploi du chloral.

Dans l'intoxication chronique, il est difficile de faire la part des troubles dus au tabac et aux autres poisons (alcool, etc.). S. cite les principaux signes suivants : tremblements, angiospasmes, achylie, angine de poitrine, état angineux, constipation. Le seul traitement actif serait la suppression radicale de l'usage du tabac.

L'usage prolongé du tabac semble déterminer une imprégnation en nicotine des cellules de l'organisme, s'associer à leur existence et par suite sa suppression entraînerait de graves désordres.

Cependant, la cure de désintoxication est beaucoup plus facile que pour l'opium, etc. On observe seulement des troubles digestifs et des troubles passagers du psychisme.

Guy Hausser.

E. Urbach et **J. Wilder** (Vienne). ***Etat allergique pouvant entraîner un syndrome de Ménière*** (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 43, 26 Octobre 1934). — U. et W. ont observé un cas de syndrome de Ménière chez une jeune femme. Celle-ci, après avoir reçu autrefois une injection de sérum équin anti-tétanique, a, par la suite, présenté les différents symptômes suivants : urticaire, vomissements, paresthésies.

Ces symptômes étaient exacerbés par l'ingestion de porc et d'œufs, calmés par le lait et le « propeptane ».

U. et W. pensent qu'il est rare de constater un syndrome de Ménière d'origine allergique. Cependant il faut y penser chez un sujet qui présente par ailleurs de nombreux autres symptômes de nature allergique.

Le traitement de l'allergie dans ce cas devra être plus intensément conduit qu'en présence des seuls symptômes cutanés de l'allergie.

Guy Hausser.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Berlin)

A. Heymer et **F. Grosse-Brockhoff**. ***Epreuve pulmonaire fonctionnelle par l'histamine*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **176**, n° 6, 22 Août 1934). — Les fonctions pulmonaires et circulatoires sont en relations si étroites qu'il a semblé impossible de les soumettre séparément à une épreuve fonctionnelle. Cependant, il apparaît sous l'influence de l'histamine un état de pneumonose caractérisé par une diminution de la diffusion de O^2 dans les alvéoles pulmonaires. C'est ce qui a amené Klein et Nonnenbruch à recourir à cette substance pour réaliser une épreuve des fonctions respiratoires. H. et G.-B. ont repris ces recherches chez 21 sujets.

Il a été ainsi constaté que lorsque les poumons sont normaux, 1 milligr. d'histamine est bien supporté et ne détermine aucune amélioration dans les échanges gazeux. Par contre, dans les troubles latents, cette méthode permet de mettre en évidence des différences assez faibles. Par exemple, dans un cas de tuberculose fibreuse étendue du poumon gauche avec poumon droit parfaitement sain, on a constaté des signes normaux. Il en est de même dans les cas de lésions sévères mais compensées du cœur. Dans un autre cas analogue, mais avec stase pulmonaire sévère et ayant vraisemblablement déterminé des altérations tissulaires importantes, on a constaté que l'histamine fait apparaître un déficit élevé de saturation.

En cas de pneumoconiose, la méthode est également précieuse. Tous les malades qui en étaient atteints et qui avaient des lésions cliniquement manifestes ont également présenté sous l'influence de l'histamine un déficit de saturation correspondant à la sévérité de l'atteinte. En cas de collapsus pulmonaire, il en a été de même. Quand il s'est agi de malades chez lesquels on venait de procéder à une insufflation, ce déficit a été élevé, ce qui montre que cette intervention détermine un trouble latent de la fonction pulmonaire. Les variations de la durée de l'apnée volontaire sous l'influence de l'histamine ont été également étudiées. Si ce corps détermine un état de pneumonose, la durée de l'apnée volontaire est réduite. D'ailleurs, en pareil cas, on constate une réduction de la capacité vitale. Il y a lieu d'admettre d'une façon générale qu'un temps d'apnée volontaire normal permet de conclure presque avec certitude contre l'existence d'un trouble cardio-pulmonaire.

P.-E. Morhardt.

E. Stoener. ***Considérations sur l'amyloïdose essentielle*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **176**, n° 6, 22 Août 1934). — Expérimentalement, on arrive à provoquer la dégénérescence amyloïde par infection streptococcique artificielle, par injections de térébenthine stérile, par introduction parentérale de protéines diverses, de soufre colloïdal, de sélénium, etc. Enfin, les chevaux utilisés pour récolter du sérum thérapeutique succombent dans une grande proportion à la dégénérescence amyloïde. Jusqu'ici cependant, il n'aurait été observé chez l'homme et publié, d'après S., que 17 cas d'amyloïdose essentielle (Wild, Steinhaus, Bennecke, Eppinger, Freundlich, Lindblom et Silverson, Husten, Lubarsch, Dyckerhoff). Dans ces cas, il a été observé presque sans exception de l'asthme bronchique, de la bronchite chronique et de l'emphysème.

Dans la première de ces deux observations publiées par S., il s'agit d'un homme de 31 ans présentant des accès d'asthme sévère depuis l'âge de 5 ans. Ces accès finissent par donner lieu à de la dyspnée et à de la bronchite qui s'accentue progressivement. La constitution allergique de ce malade est mise en évidence par l'existence d'eczéma chronique récidivant du visage et des mains dû à une hypersensibilité polyvalente. Une épreuve de Benhold est positive et permet de rattacher les œdèmes, la diarrhée sévère, l'augmentation de volume de la rate et les ecchymoses des jambes à une dégénérescence amyloïde qui, au bout de 18 mois, finit par entraîner la mort et qui d'ailleurs fut confirmée à l'autopsie.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de 50 ans présentant également des signes d'une disposition allergique, très sensible aux bains froids qui déterminent une forte éosinophilie en même temps que de l'urticaire, présentant des crises névralgiques également accompagnées d'éosinophilie. Dans ce cas également, l'autopsie a confirmé l'existence d'amyloïdose.

Pour expliquer ce fait il y a lieu d'admettre qu'en cas d'allergie il se produit une réaction anormale antigène-anticorps qui se manifeste soit par de l'asthme, de la migraine, des arthropathies, de l'urticaire, de l'eczéma, etc., qui a pour siège principal le système réticulo-endothélial et qui détermine à ce niveau les phénomènes observés chez les chevaux qu'on utilise pour recueillir le sérum.

P.-E. Morhardt.

H. Madisson. ***Constatations histologico-pathologiques au cours de l'intoxication thérapeutique et expérimentale par le salicylate de soude et action favorable du glucose sur cette intoxication*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **176**, n° 6, 22 Août 1934). — M. donne l'observation de deux cas d'intoxication thérapeutique par le salicylate de soude survenue chez deux malades, un jeune homme de 18 ans et une femme de 39 ans. Dans les deux cas, l'intoxication s'est manifestée pendant la vie par des ecchymoses, de l'inconscience, etc., et, à l'examen histologique, par des nécroses intestinales, des épanchements sanguins dans divers organes (mésentère, reins, poumons et chez la femme au voisinage de l'utérus, etc.). Les différences constatées sont dues au fait que dans le second cas, l'administration a été principalement intraveineuse et n'a pas déterminé les nécroses de la muqueuse gastrique et intestinale observées dans le premier cas.

Au sujet des doses employées, on doit noter que le premier cas a ingéré 49 à 50 gr. de salicylate de soude correspondant à 42,5 gr. d'acide salicylique répartis en trois jours, c'est-à-dire une dose par jour et par kilo de 0,326 à 0,39 gr. Dans le second cas, il a été administré 8 gr. le premier jour de salicylate de soude *per os* et, pendant 6 jours, 2 à 3 gr. de ce produit en injections intraveineuses, enfin, les quatre derniers jours, on a donné 0,75 à 6 gr. de diplosal. Les doses en acide salicylique ont donc varié, par kilo et par jour, de 0,03 à 0,075 et à 0,115. Ces doses, d'après M., ne peuvent pas être considérées comme exagérées, bien que 2 à 4 gr. de salicylate de soude en injections intraveineuses puissent, étant donné le mode d'administration, déterminer un effet plus brusque.

D'autre part, les doses les plus fréquemment recommandées sont de 8 à 20 gr. de salicylate par jour, bien que quelques auteurs comme Lüthje, Brugsch et Vinci recommandent de ne pas dépasser 4 à 5 gr. chez les hommes et 2 gr. chez les femmes par jour.

Par ailleurs, M. remarque que dans certains cas les fortes doses de salicylate paraissent indispensables. Ainsi, chez un garçon de 17 ans atteint depuis 45 jours de polyarthrite aiguë, d'endocardite, de péricardite et de pleurésie, on a d'abord donné des doses ordinaires sans résultat puis, pendant 5 jours, 16 gr. de salicylate de soude par jour. Aussitôt, la fièvre tomba et le malade guérit complètement. D'autre part, il a été signalé des décès chez un jeune homme à la suite de 34 gr. et chez



PROPIDON PANSEMENT

Etui contenant 1 ampoule de Propidon de 5cc, 1 compresse et 1 coton stérile.

PANSEMENTS CUTANÉS

EFFRACTIONS DU REVÊTEMENT CUTANÉ
INFECTIONS CUTANÉES A PYOGÈNES

OVULES AU PROPIDON

Boites de 6 ovules avec tampons stériles

PANSEMENTS VAGINAUX

VAGINITES · LEUCORRHÉE
MÉTRITES · SALPINGITES

SUPPOSITOIRES AU PROPIDON

Boîtes de 10 suppositoires au Propidon

PANSEMENTS RECTAUX

RECTITES · HÉMORRHOÏDES
FISTULES · FISSURES ANALES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, rue Jean Goujon · Paris 8e

un homme de 40 ans à la suite de 4 gr. de salicylate de soude par jour. Il doit donc y avoir, dans certains cas, une idiosyncrasie. Dans d'autres cas des phénomènes d'allergie interviennent. D'après certains auteurs, 0, 3 gr. exagérerait les troubles allergiques tels que l'asthme ou les accès de bronchite et de dyspnée. Storm van Leeuwen aurait constaté que les asthmatiques sont particulièrement sensibles à l'égard de l'aspirine. Dans tous les cas, M. met en garde contre des doses supérieures à 15 gr. par jour.

Au point de vue de la prophylaxie de ces accidents, M. a étudié l'action des hydrates de carbone. Il a administré pour cela à des lapins des doses toxiques de salicylate de soude seul ou associé à du glucose. Il a constaté que le glucose permet aux animaux de survivre et plus particulièrement d'empêcher la production des épanchements sanguins sans cependant prévenir la dégénérescence graisseuse.

P.-E. Morhardt.

K. Hansen et **E. Klein.** ***Symptomatologie et transmission héréditaire de l'ictère hémolytique (anémie à cellules sphériques)*** [*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **176**, n° 6, 22 Août 1934]. — H. et K. publient le tableau généalogique d'une famille à ictère hémolytique représentant 54 personnes parmi lesquelles presque toutes celles qui sont vivantes ont pu être examinées. Cette famille se divise en deux groupes dont l'un n'a pas été atteint par la maladie. Dans l'autre, on trouve 21 sujets présentant les symptômes classiques de l'ictère hémolytique et un certain nombre d'autres présentant une forme plus ou moins fruste parmi lesquels une femme de 65 ans ayant eu des accès récidivants de coliques accompagnées de jaunisse marquée. Le fils de cette femme âgé de 44 ans a de l'ictère chronique.

Ce groupe permet à H. et K. de dresser un tableau des symptômes susceptibles de faire songer à cette maladie. Ils font figurer ainsi parmi les syndromes fragmentaires, en l'absence d'une diminution de la résistance des érythrocytes: l'anisocytose, la microcytose, les cellules sphériques, l'anémie, les réticulocytes, la tuméfaction de la rate, enfin la parenté avec des malades présentant l'affection sous sa forme caractérisée. En outre, il existe également des équivalents de la maladie, c'est-à-dire des anomalies de constitution qui s'observent avec une fréquence particulière en cas d'ictère hémolytique. Telles sont les anomalies craniennes: turricéphalie, enfoncement de la racine du nez, protrusion du bulbe, palais creux, implantation défectueuse des dents, prognathie, persistance des dents de lait, absence de l'incisive droite supérieure, cataracte, épicanthus, adhérences du lobule de l'oreille, etc. Parmi les phénomènes de ce genre dont la signification doit être discutée, on peut citer la membrane pupillaire qui normalement régresse chez l'embryon à partir du 8e mois mais qui persiste néanmoins à l'état de trace 30 à 50 fois sur 100 chez les sujets normaux examinés à ce point de vue avec la lampe à fente. Néanmoins, dans la famille étudiée par H. et K., on constate, sur les 22 membres ayant hérité de la maladie, 19 fois la présence de restes pupillaires tandis que cette malformation est beaucoup plus rarement observée dans la partie de la famille épargnée.

Il y a lieu également de remarquer que deux femmes présentant de l'ictère hémolytique plus ou moins net sont mortes de septicémie puerpérale et qu'un enfant de 5 ans, fils d'un père certainement atteint, est mort de septicémie et d'agranulocytose. On peut se demander si la leucopénie observée en pareil cas ne serait pas en relation avec ces faits.

P.-E. Morhardt.

THERAPIE der GEGENWART

(Berlin)

M. Bircher-Benner. ***Cures de crudités et leurs indications. I*** (*Therapie der Gegenwart*, t. **75**, n° 8, Août 1934). — La cure de crudités ne constitue qu'une partie du régime thérapeutique préconisé par B.-B. et concernant, d'autre part, l'exposition au soleil et à l'air, le sommeil et la veille, le travail et le repos au point de vue psycho-dynamique. B.-B. est ainsi amené à rappeler qu'il utilise le régime de crudités végétales depuis 1895, régime qui lui a donné des résultats favorables dans la constipation chronique, la colite mucomembraneuse, la migraine, l'eczéma chronique, le psoriasis, le rhumatisme, les toxicoses alimentaires, etc., etc., les affections des organes circulatoires (hypertension, tachycardie), les troubles endocriniens.

Pour expliquer ces faits, B.-B. a été amené à admettre l'existence dans la cellule d'une énergie régénératrice qu'il faut mettre en relation avec le principe de Carnot. Ce principe permet d'apprécier la signification des « propriétés les plus intimes » des aliments et la charge d'énergie conférée aux plantes par la cellule. Toutes les modifications matérielles, non indispensables, abaissent le potentiel primitif. En somme, les organes des plantes fonctionnent comme des accumulateurs de lumière. A ce propos, B.-B. rappelle les radiations de Gurwitsch ainsi que l'importance des vitamines. Les crudités représenteraient l'alimentation la plus parfaite. Cependant, B.-B. se défend d'être le champion d'un régime de crudités exclusif pour des populations entières, bien que, pour lui, il soit nécessaire de faire figurer, pour une proportion importante, des végétaux crus dans le régime habituel. Il rappelle à ce propos les paroles de Nietzsch : « De la stupidité à la cuisine; la femme comme cuisinière; l'effroyable manque d'idées avec lequel l'alimentation de la famille et du chef de famille est surveillée. La femme ne comprend pas ce que les aliments signifient: et elle veut être cuisinière! »

Un empêchement à l'observation de régimes de ce genre est constitué d'abord par l'accoutumance à des produits comme l'alcool, le café, le chocolat, la viande, par l'état de la denture, par la crainte d'être insuffisamment alimentés qui fait rêver des malades à des jambons ou à des saucisses. Pour vaincre ces difficultés, il faut que le médecin dépense beaucoup d'énergie et gagne véritablement son malade.

P.-E. Morhardt.

M. Bircher-Benner. ***Cures de crudités et leurs indications. II*** (*Therapie der Gegenwart*, t. **75**, n° 10, Octobre 1934). — Dans la seconde partie de son travail que B.-B. compte d'ailleurs, comme il l'annonce, compléter prochainement par une seconde série d'articles, il fait d'abord quelques remarques sur la qualité des fruits qui doit être impeccable. L'engrais utilisé pour les faire pousser ne doit pas être du purin, mais du compost.

Pour les repas du matin et du soir, il est utilisé des mets de régime aux fruits frais (150 à 200 gr.), des amandes de toutes espèces (20 à 30 gr.), des fruits (100 à 200 gr.), une tasse de thé de cynorrhodon. Le repas principal, qui a lieu à midi, est fait de coquilles (faites d'une feuille de salade), de fruits arrosés avec du miel et du jus de fruits (150 à 200 gr.), suivies d'un plat de légumes crus (100 à 150 gr.) et de salade verte (50 à 100 gr.), de noix (20 gr.), d'un verre de jus de pommes ou de raisins. Cet ensemble représente environ 1.700 calories fournies par 23 gr. de protéines, 91 gr. de graisse et 183 gr. d'hydrates de carbone. Cette cuisine, dans laquelle figurent des carottes, des radis, du céleri-pomme, des bettes, des oignons, des choux, de l'huile d'olive, du jus de citron, de la crème, des épices, etc., doit être faite avec beaucoup de soin. Dans quelques cas, elle peut être prescrite sous forme liquide (lait d'amandes, jus de fruits, etc.) ou de purée.

Le temps pendant lequel ce régime de crudités, sous sa forme rigoureuse, doit être observé dépend d'un certain nombre de facteurs et d'abord de ce que B.-B. appelle la disposition morbide, terme sous lequel il englobe la constitution, le temps d'incubation, la durée des fautes de régime et le degré des altérations viscérales, etc. Parmi les symptômes qui permettent d'apprécier cette disposition morbide, il fait figurer la carie dentaire, les paradentoses, les altérations des fonctions des capillaires, les troubles digestifs, l'existence de rhumatisme, d'eczéma, de psoriasis, les modifications fonctionnelles du système endocrinien, la carence de vitamines, etc. Il lui arrive ainsi, dans les cas graves, de répartir un certain nombre de cures de crudités sur plusieurs années. Dans l'intervalle d'ailleurs, le malade doit consommer beaucoup de crudités.

Un second facteur est constitué par ce que B.-B. appelle le « pouvoir d'induction » du médecin. Ce pouvoir dépend en partie de la manière de vivre du médecin lui-même. Un troisième facteur est également représenté par la volonté du malade.

La fin d'une période de crudités ne doit d'ailleurs pas constituer un retour au régime antérieur, mais simplement un élargissement du régime.

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Maschkilleison et **Jakubson.** ***Sarcoïde de Boeck*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **98**, n° 23, 9 Juin 1934). — M. et J. ont observé, chez une paysanne de 17 ans, une forme anormale de sarcoïde de Boeck, forme infiltrée et diffuse avec érythrodermie partielle. Des lésions infiltrées brun rougeâtre, entourées d'un anneau rosé, des placards squameux, des surfaces atrophiques étaient disséminés sur le visage, le cou, le thorax, le dos, le sacrum, les aines. Presque tout le cuir chevelu était couvert de squames grisâtres, mais l'alopécie faisait défaut. Les ganglions cervicaux, sous-maxillaires et inguinaux étaient augmentés de volume. Les réactions de Wassermann et de Pirquet étaient négatives.

La biopsie montra des amas multiples arrondis dans le stratum réticulé, formés de cellules épithélioïdes; ces foyers, qui atteignaient par places l'épiderme, s'enfonçaient dans les couches profondes du derme et même dans le tissu sous-cutané.

Un traitement spécifique demeura sans résultat. Jusqu'à l'examen histologique, le diagnostic demeura en suspens entre syphilis tuberculeuse lupoïde, lichen plan atrophique, lupus vulgaire atypique et sarcoïde de Boeck.

La biopsie confirma le diagnostic de sarcoïde de Boeck, mais, il s'agit là d'une forme anormale, infiltrée et diffuse, presque érythrodermique. L'atteinte du cuir chevelu est très rare dans la sarcoïde de Boeck; dans les autres cas publiés, il n'y avait pas non plus de chute de cheveux.

R. Burnier.

Ackermann. ***Traitement abortif de la blennorragie de l'homme*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **98**, n° 23, 9 Juin 1934). — A. a obtenu de bons résultats avec le traitement abortif suivant:

Après avoir fait uriner le malade, badigeonner les 1 et 2 premiers centimètres de l'urètre, en particulier la fosse naviculaire avec un coton monté, imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100; recommencer ce badigeonnage avec un nouveau coton, encore une ou deux fois. Injecter

ensuite dans la partie antérieure de l'urètre une solution de protargol à 1/2 pour 100; le malade la conserve 5 minutes et urine. On fait ensuite une 2e injection semblable que le malade garde encore 5 minutes.

Ce traitement est répété le même jour toutes les 2 ou 3 heures et le lendemain toutes les 3 à 4 heures.

Le soir du 2e jour ou le 3e jour, on examine la sécrétion. Si on trouve du gonocoque, c'est que le traitement a échoué et on continue par la méthode ordinaire. Si la lame est négative, le traitement abortif est poursuivi pendant 3 jours, 3 fois par jour.

D'une façon générale, ce traitement est bien supporté; les douleurs ne sont pas très vives; la sensibilité est d'ailleurs variable avec l'individu.

3 malades qui étaient au 3e jour de leur écoulement guérirent par ce traitement abortif; chez 2 malades, au 4e jour, le traitement échoua. Sur 10 malades au 5e jour, on obtient 2 succès et 8 échecs. Sur 5 malades au 6e jour, 1 succès et 4 échecs. Chez 1 malade au 7e jour et 2 au 10e jour, 3 échecs. Par contre, un malade, traité au 18e jour de l'écoulement, guérit.

R. Burnier.

Ota et **Huang**. ***Essais d'inoculation de molluscum contagiosum dans le testicule du lapin*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 33, 18 Août 1934). — O. et H. ont constaté que lorsqu'on inocule une émulsion préparée aseptiquement de *molluscum contagiosum* humain dans le testicule d'un lapin sain, ce testicule réagit, augmente de volume et présente des altérations histologiques.

Il est possible de transmettre les mêmes lésions par inoculation de testicule à testicule sur 3 ou 4 générations, alors que l'émulsion d'un testicule de lapin intact ne cause aucune altération au testicule du lapin inoculé.

Il existe donc dans le *molluscum contagiosum* humain une substance qui détermine ces altérations testiculaires; celles-ci ne se produisent pas quand on injecte une émulsion filtrée sur bougie de porcelaine.

Ces faits montrent que le processus pathologique n'est pas causé par les toxines, mais bien par le virus lui-même.

Les altérations histologiques du testicule sont les unes légères: dilatation vasculaire, infiltration cellulaire dans la tunique vasculaire et dans l'interstice du parenchyme testiculaire, les autres plus graves: formation de granulomes constitués par des cellules conjonctives jeunes et de petites cellules rondes, épithélioïdes, des cellules géantes et des plasmocytes; le centre est nécrosé; il existe des altérations marquées dans l'épithélium séminal.

R. Burnier.

Preininger. ***Hypersensibilité à la monnaie de nickel*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 33, 18 Août 1934). — P. a observé chez un homme de 46 ans des lésions du type dyshidrosique très accentuées des deux mains et du dos des pieds, accompagnées de fortes démangeaisons depuis 2 à 3 semaines. Les lésions, surtout marquées entre les doigts, étaient constituées par des petites papules grosses comme une tête d'épingle et des vésicules intradermiques, avec hyperhémie et excoriations ponctiformes.

Le malade, caissier, manipulait durant plusieurs heures chaque jour des pièces de monnaie.

Pensant à une dermatose professionnelle, P. rechercha quel était le métal vis-à-vis duquel le malade était hypersensibilisé.

Il appliqua sur la peau nettoyée, sans scarification préalable, diverses pièces de monnaie de métal différent et les fixa par un pansement occlusif. Au bout de 24 heures, le malade se plaignit d'une violente brûlure et démangeaison au niveau d'une pièce de monnaie. On enleva le pansement, et on constata au niveau d'une pièce de nickel, de 10 heller, une hyperhémie et un œdème de même forme et grandeur que la pièce de nickel, et le lendemain apparut au même point une vésicule contenant un liquide aqueux. Au niveau des autres monnaies, la peau ne présentait aucune altération. Des malades de contrôle ne montrèrent également aucune lésion cutanée.

R. Burnier.

Dorffel et **Passarge**. ***Traitement local de la tuberculose cutanée par l'ectébine combiné au régime sans sel de Sauerbruch*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 36, 8 Septembre 1934). — L'ectébine est une pommade concentrée à la tuberculine ancienne, qui contient des bacilles tués du type humain et bovin.

D. et P. ont d'abord traité des lupiques par l'application locale d'ectébine pure ou diluée de 2 à 20 pour 100, après avoir fait tomber les croûtes par une pommade salicylée.

Les résultats furent très favorables. Dans 3 cas la guérison fut obtenue, contrôlée depuis 1 an, au point de vue macroscopique et microscopique.

Mais D. et P. constatèrent que les résultats étaient encore meilleurs et plus rapides, si l'on combinait l'ectébine au régime sans sel de Sauerbruch.

On n'observa jamais de complications graves. 3 fois une fièvre légère au-dessous de 38° fut notée. L'application de la pommade n'est pas douloureuse. L'ectébine paraît avoir une action élective, spécifique, s'exerçant sur le tissu malade.

R. Burnier.

Fahr. ***Un cas de fibromatose cutanée avec transformation sarcomateuse*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 38, 22 Septembre 1934). — F. rapporte une observation qui se rapproche du cas de Kuznitzky et Grabisch et des cas de dermatofibromes progressifs et récidivants de Darier.

Il s'agit d'une femme de 33 ans qui, à 16 ans, vit apparaître un épaississement de la peau de l'épaule gauche, puis des nodosités non douloureuses. La lésion fut enlevée chirurgicalement en 1917. L'année suivante, de nouvelles nodosités apparurent *in situ*, et furent aussi extirpées. Quelques années plus tard, après une morsure de cheval dans la cicatrice, de nouvelles nodosités apparurent.

Une biopsie fut pratiquée, qui montra un fibrosarcome, alors que les examens précédents avaient décelé un myome.

Les lésions disparurent après des applications de rayons X et de mésothorium.

De nouvelles nodosités apparurent récemment, toujours sur l'épaule gauche, sans retentissement ganglionnaire.

Après extirpation, l'examen histologique montra un fibrosarcome avec transformations myxomateuses.

Le cas rentre donc dans le cadre du *dermatofibrosarcome protuberans*. La lésion débute ordinairement par une plaque sclérodermiforme, qui peut demeurer longtemps sans modification. Puis, sans cause apparente, surviennent des nodosités, le plus souvent à la bordure de la plaque; ces nodosités peuvent demeurer longtemps stationnaires, puis une poussée nouvelle survient suivie d'autres à intervalles variables, sans douleur. On n'observe pas de métastases. Après extirpation, les nodosités peuvent récidiver, si bien qu'Hoffmann a pu parler de « malignité locale ».

Histologiquement les vieilles nodosités offrent le tableau du sarcome, tandis que les plus jeunes montrent un fibrosarcome avec altérations myxomateuses. Il n'y a pas de nécrose. Malgré le caractère sarcomateux des tumeurs, celles-ci ne peuvent être classées parmi les tumeurs malignes.

R. Burnier.

Seyfert. ***Tumeurs malignes multiples dans l'acrodermatite atrophiante chronique*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 38, 22 Septembre 1934). — Il est assez fréquent de constater l'existence de tumeurs d'origine variée, au cours de la dermatite atrophiante de Herxheimer.

S. en rapporte 2 cas, l'un de *sarcomes multiples* chez un homme de 62 ans, l'autre d'*épithéliome mixte* chez une femme de 66 ans, atteints de maladie de Herxheimer. Les tumeurs étaient symétriques, et les 2 malades étaient à la fois tuberculeux et diabétiques.

Le 1er malade avait deux tumeurs symétriques à la face postérieure des cuisses et une autre sur la jambe droite; la plus volumineuse, celle de la cuisse droite, était grosse comme une tête d'enfant; elle fut enlevée chirurgicalement en Mars 1932; aucune récidive n'était survenue en Novembre 1933. Les deux autres tumeurs, que le malade refusa de laisser opérer, régressèrent spontanément et à la place des tumeurs, la peau prit un aspect atrophique d'anétodermie.

R. Burnier.

Kuchenmeister. ***Un cas de maladie de Pringle avec altérations du fond de l'œil et des muqueuses de la vessie et de l'intestin*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 41, 13 Octobre 1934). — L'affection décrite par Pringle, Balzer, sous le nom d'*adénome sébacé de la face*, est actuellement considérée comme une malformation congénitale. D'ailleurs, on peut observer, en dehors de la lésion faciale, d'autres malformations, telles que des nævi pigmentaires et pileux, des nævi achromiques, anémiques ou verruqueux, des fibromes pédiculés ou sessiles, des épaississements scléreux et éléphantiasiques de la peau, des altérations des muqueuses de la bouche, du nez, du gros intestin, de la rétine.

Dans le cas de K., il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, peu développé au point de vue physique (aspect d'un enfant de 15 ans) et psychique: pas de lésions nerveuses ni de crises épileptiformes. En dehors de la lésion faciale typique, il existait sur la peau de nombreux nævi, des fibromes pédiculés à la nuque et aux aines, des taches achromiques.

L'examen des muqueuses de la vessie et du rectum montra l'existence de petites tumeurs pédiculées, ressemblant à des fibromes de la muqueuse.

A l'examen du fond d'œil, on trouva dans les deux yeux une masse grise tumorale, soulevant la rétine et à gauche une plaque cicatricielle de la choroïde, vraisemblablement un reliquat d'une tumeur.

R. Burnier.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG (Dresde)

G. Schafer. ***Cœur et thorax en entonnoir*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. **26**, n° 18, 15 Septembre 1934). — Après avoir défini le thorax en entonnoir et discuté sa pathogénie encore controversée, S. souligne par une série d'exemples le retentissement que peut avoir cette anomalie thoracique sur le fonctionnement cardiaque. Tout comme le cœur des cypho-scoliotiques, le cœur chez ces sujets peut devenir insuffisant et souvent très précocement, pouvant causer ainsi l'invalidité et la mort. Aussi faut-il s'attacher à dépister de bonne heure les premiers symptômes. Dans les cas de déformation peu accentuée, on peut, en effet, noter très tôt des signes cardiaques nets : signes subjectifs tels que dyspnée d'effort, tachycardie en disproportion avec l'effort, auxquels s'associent très souvent des signes dus à l'état névropathique habi-

tuel chez ces sujets: palpitations, gêne et angoisse précordiale, fatigabilité rapide. Objectivement, on trouve fréquemment une arythmie extrasystolique, de la cyanose, parfois même un léger œdème malléolaire: le pouls, la respiration et la pression artérielle se comportent anormalement lors des épreuves fonctionnelles du cœur; enfin, il existe des anomalies de l'électrocardiogramme traduisant des troubles dans la formation des incitations et dans la conduction.

Etant donné le pronostic souvent sérieux, même en l'absence d'affections pulmonaires intercurrentes aggravantes, il y a lieu de faire une thérapeutique active, et surtout de recourir aux thoracoplasties, parmi lesquelles l'opération de Sauerbruch mérite la préférence; elle consiste dans la résection des 6e, 7e, 8e et 9e côtes sur une longueur de 3 cm., d'un ou des deux côtés, et d'un fragment du sternum; le cœur peut ainsi reprendre sa situation normale comme le montrent les deux cas relatés par S.

P.-L. Marie.

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOSIFILOLOGIA (Buenos-Aires)

Pierini. *Traitement des teignes par l'acétate de thallium* (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. **18**, Août 1934). — P. a traité à Buenos-Aires 220 enfants atteints de teignes (173 garçons et 47 filles). 203 enfants étaient atteints de microsporie, due habituellement au *microsporon felineum*, 14 de tricophytie et 3 seulement de favus.

P. employa toujours l'acétate de thallium pur de Merck, à la dose de 8 milligr. par kilogr.

La chute des cheveux commença vers le 14e jour; il est souvent utile de tirer sur les cheveux pour faciliter leur chute. La dépilation est habituellement complète (203 cas); elle fut discrète dans 11 cas et échoua dans 6 cas. La repousse a lieu vers le 45e jour.

Comme les rayons X, le thallium ne guérit pas la teigne; une fois la dépilation obtenue, il convient d'appliquer une pommade cadique salicylée et de faire des frictions à l'alcool iodé à 10 pour 100.

Les récidives ne furent observées que trois fois.

Comme incidents désagréables du traitement, on constate parfois des arthralgies des membres inférieurs, des myalgies, plus rarement des troubles digestifs, de la fièvre. L'amaigrissement et une anémie transitoire sont habituels. Mais P. n'a observé aucun cas d'intoxication.

Ce traitement par le thallium, prudemment appliqué, offre donc de grands avantages sur les rayons X, car il ne nécessite aucune instrumentation coûteuse, ni personnel spécialisé.

R. Burnier.

Pierini et Negroni. *Lésions cutanéo-muqueuses généralisées par Monilia albicans* (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. **18**, Août 1934). — Une fillette de 7 ans a depuis 4 ans des lésions blanchâtres de la langue et des commissures labiales. La face interne des joues montre un enduit blanc analogue au lichen plan. Sur le visage, surtout autour de la bouche, la peau est atteinte de dermite eczémateuse, légèrement squameuse; le cuir chevelu est le siège d'un eczéma séborrhéique.

Il existe en outre des érosions interdigitales, une dermite humide, rosée et squameuse de l'ombilic, une vulvite intense avec dermite périvulvaire, des lésions érythémato-squameuses des membres inférieurs, prurigineuses, lichénifiées, compliquées de pyodermites, et, en certains points du corps, des lésions squameuses sèches d'aspect parakératosique.

L'enfant avait en outre de l'entérite avec décharges diarrhéiques intermittentes.

Le *Monilia albicans* put être cultivé dans les lésions buccales et dans les fèces.

Les lésions cutanées sont sans doute des manifestations allergiques par absorption des produits toxiques du *Monilia*.

Quant à l'entérite, elle paraît causée par la moniliase intestinale, le champignon ayant été absorbé par déglutition.

R. Burnier.

Quiroga et Bosq. *Sarcoïdes cutanées multiples bénignes* (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. **18**, Août 1934). — Une femme de 38 ans est atteinte de lésions violacées, infiltrées, de la peau des deux mains, des bras, de la face, depuis 2 ans. Le diagnostic clinique de sarcoïdes de Boeck ou lymphogranulomatose bénigne de Schaumann est confirmé par la biopsie: ce sont des nodules dermiques, constitués par des cellules épithélioïdes avec quelques lymphocytes et polynucléaires.

Le foie et la rate sont augmentés de volume. La radiographie pulmonaire montre des sommets clairs, mais une obscurité de la région hilaire. La radiographie des deux mains permet de constater les altérations d'ostéite tuberculeuse multiple cystique de Jungling.

Les antécédents, ni les réactions sérologiques ne permettent pas de conclure à une étiologie spécifique. Les diverses réactions à la tuberculine, la recherche du bacille de Koch sur les coupes, l'inoculation au cobaye ont donné des résultats négatifs.

Avant d'éliminer complètement l'hypothèse de la nature tuberculeuse de l'affection, Q. et B. se proposent de faire de nouvelles inoculations et d'essayer de cultiver le bacille de Koch.

R. Burnier.

Basombrio. *La névrite lépreuse du rameau auriculaire du plexus cervical superficiel* (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. **18**, Août 1934). — On connaît la fréquence de la névrite lépreuse du nerf cubital et du sciatique poplité externe; ces nerfs sont augmentés de volume et facilement accessibles à la palpation.

B. attire l'attention sur la fréquence de la névrite de la branche auriculaire du plexus cervical superficiel dans la lèpre; cette névrite viendrait en troisième ligne après celle des deux nerfs précédents.

Normalement, cette branche articulaire n'est visible, en position opératoire latérale, que dans 30 pour 100 des cas; son volume est pratiquement comparable à la 1re corde d'une guitare; pour pouvoir affirmer que le nerf est augmenté de volume, il faut qu'il ait au moins la grosseur de la 6e corde d'une guitare.

B. a constaté que cette branche auriculaire est augmentée de volume dans environ 18 pour 100 de cas de lèpre; cette fréquence augmente avec le degré d'évolution de la maladie.

Dans 40 pour 100 des cas où ce nerf était augmenté de volume, on trouva des troubles de la sensibilité dans la zone d'innervation correspondante.

La biopsie du nerf auriculaire produit seulement des troubles sensitifs passagers sans importance. Cette biopsie permet de constater des lésions identiques à celles de la névrite cubitale lépreuse.

R. Burnier.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

J. Barney et E. Mintz. *Quelques conceptions nouvelles de la formation des calculs urinaires* (*The Journal of the American medical association*, vol. **103**, n° 10, 8 Septembre 1934). — B. et M. exposent dans cet article la théorie parathyroïdienne de la lithiase urinaire. On sait que dans la maladie osseuse de Recklinghausen, les calculs urinaires s'observent avec une très grande fréquence (1/3 de cas environ), et sont dus à la précipitation du calcium sérique en excès. Ayant dosé la calcémie et la phosphorémie dans plus de 100 cas de lithiase rénale, B. et M. ont trouvé dans plus de 10 pour 100 des cas un certain degré d'hypercalcémie, sans lésions osseuses radiologiques notables. Ils en concluent que l'hyperparathyroïdie peut déterminer des calculs rénaux sans lésions osseuses. En réalité, l'hypercalcémie coïncidait chez leurs malades avec une hyperphosphorémie, ce qui est nettement contraire au syndrome hyperparathyroïdien, où la phosphorémie est basse. Il est probable qu'il faudrait plutôt incriminer un autre trouble du métabolisme phosphocalcique, peut-être une augmentation du seuil de ces substances, mais il y a là une constatation très intéressante, qui mérite de nouvelles recherches.

R. Rivoire.

H. Heise. *Alcool et accidents d'automobile* (*The Journal of the American medical association*, vol. **103**, n° 10, 8 Septembre 1934). — H. a entrepris une série d'expériences physiologiques pour vérifier l'action de l'alcool à faibles doses sur les réflexes psychiques des conducteurs d'automobile. Il a vu qu'après absorption de 30 gr. de whisky seulement, on pouvait déjà noter un trouble objectif par l'épreuve de la machine à écrire: le sujet écrivant plus vite qu'à jeun, mais les erreurs étant plus fréquentes; à cette dose, l'alcool ne passe dans l'urine qu'à raison de 0,02 pour 100. Une seconde série d'expériences fut faite après absorption de 150 gr. de whisky: les sujets furent soumis à une série d'épreuves de conduite automobile, et on nota une très nette modification des réflexes psychiques; en particulier, ils évitèrent mal les obstacles placés à l'improviste sur la route, et les marches arrière furent très défectueuses. Après l'absorption de cette dose de whisky, l'alcool est présent dans l'urine à la dose de 0,10 pour 100.

H. a ensuite appliqué sa technique du dosage de l'alcool urinaire dans toute une série de cas consécutifs d'accidents d'automobile: il a vu dans un très grand nombre de cas une quantité d'alcool urinaire très supérieure à ces chiffres, soit chez le chauffeur, soit chez le piéton écrasé. Il semble donc que l'absorption d'alcool soit à l'origine d'un grand nombre d'accidents de la circulation. H. recommande le dosage de l'alcool dans l'urine pour établir la responsabilité en cas d'accident d'auto.

R. Rivoire.

J. Leake, E. Musson et H. Chope. *Epidémiologie de l'encéphalite épidémique, type St-Louis* (*The Journal of the American medical association*, vol. **103**, n° 10, 8 Septembre 1934). — La dernière épidémie d'encéphalite survenue à Saint-Louis, en 1933, fut, du point de vue épidémiologique, très différente de la maladie d'Economo sporadique, mais très voisine de l'épidémie japonaise type B de 1924.

La fréquence fut de 1 pour 1.000 environ; la maladie atteignit surtout les vieillards, parmi lesquels la mortalité fut très élevée.

L'incubation sembla varier entre 9 et 14 jours. Il y eut très peu de cas familiaux, et les cas de contagion indiscutable furent rares.

La contagion par l'eau et le lait a été éliminée. De même, les recherches sur le rôle possible des moustiques dans la transmission de la maladie restèrent négatives.

R. Rivoire.

J. Neal. *Le problème de l'encéphalite* (*The Journal of the American medical association*, vol. **103**, n° 10, 8 Septembre 1934). — La question de l'étiologie de l'encéphalite, loin de s'éclaircir, de-

vient chaque jour plus mystérieuse. Les études bactériologiques et sérologiques récentes ont, en effet, montré que le virus de l'encéphalite était multiple, alors que l'aspect clinique et l'évolution de la maladie sont à peu de chose près les mêmes dans les diverses épidémies. Il semble que la forme banale de l'encéphalite soit due à un virus herpétiforme neurotrope; mais certaines épidémies, telles celles de l'Australie et du Japon, sont dues à un virus nettement différent: il en est de même de l'épidémie de 1933 à Saint-Louis, qui ressemble beaucoup par ses caractères étiologiques à l'épidémie japonaise.

Bien d'autres problèmes restent insolubles. En particulier, quel rapport y a-t-il entre l'encéphalite épidémique et les encéphalites des fièvres éruptives? Quel est le mécanisme d'apparition des complications tardives de la maladie?

Le problème le plus important est celui du traitement. N. est à cet égard très optimiste, et pense que les progrès dans l'étude bactériologique de l'affection permettront d'obtenir une immunisation active des malades, qui évitera l'apparition des syndromes parkinsoniens ultérieurs. N. a déjà obtenu lors de la récente épidémie des résultats très encourageants à l'aide de sérum de lapin immunisé par le virus herpétique neurotrope.

R. Rivoire.

C. O'Brien, J. Molsberry et **J. Allen.** ***La cataracte diabétique ; incidence et morphologie chez 126 jeunes diabétiques*** (*The Journal of the American medical association*, vol. **103**, n° 12, 22 Septembre 1934). — O'B., M. et A. ont examiné systématiquement le cristallin des diabétiques jeunes à la lampe à fente, afin de dépister les cataractes légères. Ils ont trouvé des opacités dans 16 pour 100 des cas environ.

La cataracte diabétique s'observe presque uniquement en cas de diabète grave, avec forte hyperglycémie et acétonurie. Surtout si le traitement a été insuffisant.

Les opacités se présentent anatomiquement sous deux aspects principaux:

1° Une cataracte en « tourmente de neige », caractérisée par la présence d'innombrables flocons blanc grisâtre dans les zones corticales antérieures et postérieures: elle est pratiquement pathognomonique du diabète.

2° Une cataracte sous-capsulaire postérieure, beaucoup moins caractéristique.

R. Rivoire.

R. Waters et **E. Schmidt.** ***L'anesthésie au cyclopropane*** (*The Journal of the American medical association*, vol. **103**, n° 13, 29 Septembre 1934). — Le cyclopropane est le plus simple des hydrocarbures cycliques; sa formule est

$$CH^2 \quad CH^2\triangle CH^2$$

Il a un pouvoir anesthésiant considérable, puisqu'il produit la narcose à une concentration de 4 pour 100 (le protoxyde d'azote n'agit qu'à la concentration de 75 pour 100).

W. et S. ont fait un large essai de ce gaz en anesthésie générale: son administration est facile, à condition de savoir qu'il faut faire un mélange contenant beaucoup plus d'oxygène que lorsqu'on emploie le protoxyde d'azote. Les résultats sont excellents: l'anesthésie obtenue est très profonde, analogue à celle que donne l'éther, très supérieure à celle du protoxyde d'azote. Il semble que ce soit l'anesthésiant de choix pour la chirurgie thoracique et pour l'obstétrique, surtout chez les malades atteints d'affections respiratoires ou circulatoires.

R. Rivoire.

J. Frawley. ***L'immunisation des écoliers contre la coqueluche*** (*The Journal of the American medical association*, vol. **103**, n° 13, 29 Septembre 1934). — Des essais de vaccination préventive contre la coqueluche sont faits actuellement en Amérique avec un vaccin nouveau, qui donnent de sérieux espoirs.

Ce vaccin est préparé en détruisant mécaniquement des cultures de bacilles Bordet-Gengou, puis en stérilisant la solution par ultra-filtration. Cette technique a l'avantage de ne pas altérer l'antigène par chauffage ou par addition de produits chimiques.

F. a injecté 4 semaines de suite 2 cmc de vaccin, soit en tout 8 cmc, à plus de 500 écoliers non immunisés. Cette injection ne détermina aucune réaction locale ou générale. Depuis cette vaccination, les enfants ont été surveillés. 44 de ces enfants, bien qu'exposés à la contagion, n'ont pas contracté la maladie. 31 ont eu cependant la coqueluche, mais celle-ci a été très bénigne, la période des quintes dans la grande majorité des cas n'ayant pas duré une semaine.

Il semble donc que cette vaccination préventive détermine un certain degré d'immunité: c'est la première fois que des résultats aussi encourageants sont publiés.

R. Rivoire.

W. Rienhoff et **E. Broyles.** ***Le traitement chirurgical du cancer bronchique et pulmonaire*** (*The Journal of the American medical association*, vol. **103**, n° 15, 13 Octobre 1934). — La pneumonectomie totale est en train de devenir une intervention chirurgicale courante. C'est, en effet, la seule opération logique pour le traitement des cancers broncho-pulmonaires, et la mortalité y est beaucoup moins élevée que dans les pneumonectomies partielles, dont les résultats lointains sont très mauvais. Rien qu'en Amérique, plus de 20 pneumonectomies totales ont été réalisées à l'heure actuelle, et la mortalité générale a été extraordinairement faible.

Dans ce remarquable article, R. et B. apportent deux nouveaux succès de cette intervention, faite chez des sujets jeunes, et surtout une technique nouvelle qui paraît très séduisante. Le principe essentiel en est l'insufflation préopératoire d'où pneumothorax artificiel progressif, qui a le double avantage de faciliter l'ablation du poumon à l'intervention et d'adapter le sujet à la respiration monopulmonaire. En outre, R. et B. préconisent une incision transversale antérieure dans le 3e espace, qui donne un jour excellent sur la région hilaire, sans enlever une seule côte. On lie d'abord l'artère et les veines pulmonaires, puis on sectionne la grosse bronche en coupant en divers endroits les cartilages pour faciliter la suture. Le poumon est ensuite très facilement énucléé, et on ferme sans drainage et sans thoracoplastie. Les suites opératoires sont simples, il n'y a pas d'asphyxie, pas de suppuration; la cavité thoracique se comble peu à peu, en même temps que le poumon opposé tend à venir faire saillie dans le médiastin et à déplacer le cœur, mais sans résultat fâcheux.

Il est certain que cette intervention logique et relativement peu choquante mérite d'être essayée dans les cas de cancers broncho-pulmonaires diagnostiqués précocement par la bronchoscopie.

R. Rivoire.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

A. M. Smith. ***Radiothérapie du goitre exophtalmique*** (*Endocrinology*, t. **18**, n° 5, Septembre 1934). — Dans le goitre exophtalmique véritable que S. distingue des adénomes toxiques, la chirurgie ne donne pas toujours le succès; même avec des thyroïdectomies presque totales, les récidives ne sont pas rares. A la clinique du goitre du Minnesota, S. en a constaté chez 22 pour 100 des patients.

Chez 29 malades, atteints de goitre exophtalmique, dont la plupart avaient précisément des récidives, S. a employé la radiothérapie (première série de séances sur la région antérieure du cou, réparties en quatre fois sur 8 à 15 jours avec un total de 1.000 R.); au besoin, seconde série 6 semaines plus tard, en employant des champs latéraux, avec une dose un peu moindre donnée en 8 jours. Parmi les 21 malades qui purent être suivis, on observa une amélioration clinique dans tous les cas, à l'exception de 5, après la première série de séances. Quelques malades eurent besoin d'une seconde série, et certains d'une troisième. Au total, on eut 76 pour 100 de résultats satisfaisants, sans aucun décès. A la même clinique, la chirurgie a donné 81 pour 100 de résultats satisfaisants et une mortalité de 2 pour 100. Les résultats sont donc très comparables. Avec la radiothérapie, le métabolisme basal tombe plus lentement qu'avec la thyroïdectomie, mais il finit par atteindre le même niveau.

P.-L. Marie.

W. M. Skipp. ***Céphalée hypophysaire*** (*Endocrinology*, t. **18**, n° 5, Septembre 1934). — S. qui a observé 11 cas de céphalée d'origine hypophysaire en rapporte ici 3 exemples.

Le premier concerne une femme de 45 ans, présentant de l'insuffisance hypophysaire accompagnant la ménopause. Les maux de tête, qui survenaient d'abord avant et pendant les règles, tendaient à devenir quotidiens, commençant de bonne heure et troublant le sommeil. Ils débutaient dans la région occipitale et irradiaient aux tempes. Les globes oculaires étaient très sensibles à la pression. Le mal de tête s'accompagnait de prostration, de dyspnée et parfois de nausées et de vomissements. Pour S., la céphalée résulterait d'une hyperplasie de l'hypophyse, due à ce que les hormones sexuelles ne freinent plus cette glande à la fin de la période intermenstruelle, d'où augmentation de volume de l'hypophyse et accroissement de la pression intracranienne. Cette hypertrophie peut aller jusqu'à détruire la selle turcique et à comprimer les nerfs voisins en même temps qu'il se produit une insuffisance de l'hypophyse.

Dans le second cas il s'agissait, fait exceptionnel, d'un homme, âgé de 40 ans, atteint d'une insuffisance post-hypophysaire due à une infection chronique ancienne du sinus sphénoïdal, et porteur d'une glande pinéale calcifiée. Les maux de tête dataient de 20 ans et étaient assez pénibles pour suggérer des idées de suicide.

La troisième malade, une femme de 36 ans, avait des maux de tête depuis la puberté, qui, au début, apparaissaient un peu avant les règles et les accompagnaient, puis étaient devenus de plus en plus fréquents. Chez elle, l'insuffisance hypophysaire semblait relever de foyers de suppuration multiples (dents, vésicule biliaire, utérus).

Aucun de ces cas ne bénéficia du traitement par les extraits de lobe antérieur; par contre, l'extrait de lobe postérieur, en injection et en ingestion, donna, dans ces 3 cas, un succès rapide et complet, malgré le type clinique différent qu'ils représentaient. Il semble s'agir d'un syndrome interglandulaire qui oblige l'hypophyse à un hyperfonctionnement et augmente ainsi la pression intrasellaire.

P.-L. Marie.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

T. Tamburri. ***Contribution clinique à la connaissance de la stase duodénale*** (*La Clinica medica italiana*, t. **65**, n° 9, Septembre 1934). — T. rapporte deux observations de stase duodénale chez des sujets présentant une symptomatologie cli-

nique d'ulcère duodénal (le second avec des hématémèses et des hémorragies occultes), sans signes radiologiques directs d'ulcère (le premier avec un bulbe duodénal se remplissant mal et déformé et un estomac d'abord normal, puis atone, le second avec une dilatation de toute l'anse duodénale et un retard de son évacuation); dans les deux cas, il y avait des signes de réaction appendiculaire. La thérapeutique médicale fut sans action dans le premier cas; on enleva d'abord l'appendice, long, hyperhémique, avec de nombreuses adhérences; puis, devant l'échec, on fit une gastro-entérostomie qui amena la guérison; l'estomac et le duodénum apparurent normaux; mais, il y avait une périviscérite sous-mésocolique. Dans le second cas, la diète lactée, l'atropine et le bismuth suffirent pour faire disparaître les symptômes.

Lucien Rouquès.

M. Gavazzeni. ***Influence de l'acétylcholine sur la motilité gastrique*** (*La Clinica medica italiana*, t. **65**, n° 9, Septembre 1934). — L'acétylcholine étant une substance vagale, il était indiqué de rechercher si elle augmentait la motilité de l'estomac comme sa sécrétion; c'est ce qu'a fait G. en employant la méthode viscérographique. Chez les hyperchlorhydriques, l'action n'est pas uniforme, mais se fait plutôt sentir dans le sens de l'augmentation, plus rarement dans celui d'une diminution tardive. Chez les sujets normaux et chez ceux dont la motilité gastrique est réduite, l'acétylcholine à dose moyenne (20 centigr. par voie sous-cutanée) exagère constamment les contractions gastriques, pour une durée d'une demi-heure environ et après un intervalle libre assez court en général, mais pouvant atteindre 15 à 20 minutes lorsque la motilité gastrique est particulièrement diminuée; parfois même, en ce cas, l'action de l'acétylcholine ne se fait sentir qu'aux piqûres suivantes.

Ces résultats donnent à penser que l'acétylcholine peut être utile dans le traitement des gastrites avec hyposécrétion et hypocinésie, puisqu'elle augmente à la fois la sécrétion et la motilité.

Lucien Rouquès.

Il POLICLINICO [Sezione pratica]
(Rome)

G. Picardi. ***La cholestérinémie chez les traumatisés*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **41**, n° 38, 24 Septembre 1934). — On observe constamment chez les sujets qui ont présenté une fracture et quel que soit le siège de celle-ci (fémur, jambe, clavicule, phalange du pouce, astragale, etc.) une hypercholestérinémie qui va en augmentant jusque vers le 20e jour après l'accident, pouvant atteindre 3 gr., et diminue ensuite. Si l'on se reporte aux hypercholestérinémies qui surviennent après certaines hémorragies peu prolongées ou au cours de maladies infectieuses avec d'actifs processus d'immunisation, on peut penser par analogie que l'hypercholestérinémie des fractures est l'expression des défenses organiques qui entrent en jeu.

Lucien Rouquès.

E. B. Boldyreff. ***La sécrétion externe du pancréas et le traitement du diabète sucré*** (*Il Policlino, sez. pratica*, t. **41**, n° 40, 8 Octobre 1934). — Il semble démontré que les sécrétions externe et interne du pancréas ne sont pas indépendantes; dans certains cas de diabète sucré, peu ou pas influencés par l'insuline, l'extrait de pancréas total ou le pancréas frais et cru absorbés par la bouche sont susceptibles de donner des résultats intéressants. Neve, Burge en ont rapporté des exemples et B. a pu vérifier cette efficacité dans 2 cas de diabète sucré, avec disparition complète de la lipase et de la trypsine et presque complète de l'amylose dans le suc recueilli par tubage duodénal; à noter des calcifications radiologiquement visibles du pancréas: dans le premier cas, l'aspect était celui d'un calcul du canal de Wirsung, dans le second d'une calcification diffuse de la glande.

Lucien Rouquès.

V. Marzetti. ***La diastase pancréatique dans l'état gravidique*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **41**, n° 42, 22 Octobre 1934). — M. a étudié chez 45 femmes enceintes, depuis le 3e mois jusqu'à la fin de la gestation, le taux de la diastase pancréatique dans le sang par la méthode de Katsch: détermination de la proportion de glycogène transformé en glucose après deux heures de contact avec le sérum dans un thermostat. Sauf dans 2 cas, le taux de la diastase a dépassé la normale: 2 à 3 pour 1.000 avec un maximum de 5,58 au lieu de 1,5; l'augmentation peut exister dès le 3e mois et ne s'accentue en général pas à mesure que la grossesse s'avance; dans 7 cas sur 9 où la détermination a été faite avant et après l'accouchement, le premier chiffre a dépassé le second.

L'élévation du taux de la diastase n'est pas à mettre sur le compte d'une rétention par lésion rénale; elle dépend avant tout d'une suractivité pancréatique prouvée par l'examen histologique de la glande; accessoirement, interviennent le pancréas du fœtus et l'obstacle opposé à l'évacuation des canaux pancréatiques par l'augmentation de la pression intra-abdominale.

Lucien Rouquès.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA
(Naples)

C. Montefusco. ***Sur la prétendue efficacité de l'insuline administrée par voie rectale*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. **15**, n° 17, 15 Septembre 1934). — L'efficacité de l'insuline par voie rectale est niée par la plupart des auteurs; toutefois, elle serait réelle d'après Böttner et Schunterman en administrant l'insuline dans un mucilage de gomme arabique, ou d'après Stenstrom en utilisant une solution aussi peu alcaline que possible. Les expériences de M. faites chez des sujets normaux et des diabétiques montrent que, même dans ces conditions, l'action hypoglycémiante de l'insuline rectale est inconstante et toujours trop minime pour être susceptible d'applications pratiques.

Lucien Rouquès.

F. Buonomo La Rossa. ***Sur les altérations des tissus consécutives aux injections d'adrénaline et de novocaïne*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. **15**, n° 18, 30 Septembre 1934). — Les accidents locaux des injections de novocaïne adrénalinée, œdème, infiltration douloureuse, nécrose, etc., sont bien connus. B. a recherché s'il n'était pas possible de substituer à l'adrénaline, l'éphédrine ou l'éphétonine, moins actives mais moins dangereuses; ses expériences ont porté sur des lapins: les injections d'adrénaline ou de novocaïne adrénalinée provoquent des lésions de nécrose aseptique qui guérissent complètement en une dizaine de jours dans le tissu cellulaire sous-cutané et un peu plus lentement dans les muscles; au contraire, les injections d'éphédrine et de novocaïne, seules ou mélangées ne déterminent aucune lésion des tissus.

Lucien Rouquès.

BOLLETTINO E MEMORIE DELLA SOCIETA PIEMONTESE DI CHIRURGIA
(Turin)

C. Besta. ***Sur le traitement chirurgical de l'épilepsie*** (*Bollettino e Memorie della Società piemontese di Chirurgia*, t. 4, n° 15, séance du 15 Juillet 1934). — Il est toujours possible, en analysant avec précision le mode de début et de développement des crises d'épilepsie commune et en comparant les résultats de cette analyse avec les notions qui découlent de l'observation des blessures du cerveau, de déterminer avec une sécurité suffisante le siège de la lésion causale; les méthodes encéphalographiques sont souvent précieuses. Dans une première série de 23 cas où on est intervenu sur la région du cortex point de départ des crises. B. compte 13 guérisons durables, 4 améliorations sensibles et 6 échecs; la lésion la plus fréquente est un épaississement en plaque des méninges qui sont gélatineuses et très vascularisées. Dans une deuxième série de 19 cas traités par l'opération d'Anton (drainage de la fosse cérébrale postérieure vers les tissus mous de la nuque à travers le ligament occipito-atloïdal et résection partielle de l'écaille de l'occipital), B. compte 10 guérisons durables, 2 améliorations, 5 échecs et 2 morts, l'une quelques heures après l'opération chez un malade en apparence bien portant, l'autre vers le 15e jour de méningite tuberculeuse. Tous les malades n'ont été opérés qu'après échec des autres traitements et soumis après l'intervention à un traitement chimique et radiothérapique; dans les cas indiqués comme guéris, la période d'observation post-opératoire va de 15 à 4 ans.

Lucien Rouquès.

F. Micheli et **G. Dominici.** ***Effets immédiats de la splénectomie dans 3 cas d'ictère hémolytique constitutionnel et congénital avec un type particulier de bilirubinémie*** (*Bollettino e Memorie della Società piemontese di Chirurgia*, t. 4, n° 15, séance du 15 Juillet 1934). — M. et D. rapportent 3 cas d'ictère hémolytique observés chez des femmes de 26, 26 et 12 ans et appartenant à une variété spéciale caractérisée par: 1° la nature héréditaire et congénitale au vrai sens du mot, l'ictère ayant été constaté dès la naissance ou dès les tout premiers jours de la vie; 2° la prédominance de l'ictère sur tous les autres signes, ictère d'une couleur jaune safran distincte de la coloration habituelle, avec des sclérotiques verdâtres; 3° l'existence d'une hyperbilirubinémie considérable, 11 à 29 milligr. pour 100, la bilirubine étant surtout sous la forme indirecte, mais avec une réaction indirecte fortement retardée et avec une grande résistance à l'oxydation (ce type de bilirubinémie existe d'après D. et Marengo chez les nouveau-nés présentant ou non un ictère physiologique).

Chez les deux femmes de 26 ans, la splénectomie a fait régresser très rapidement les symptômes et en premier lieu l'ictère; la bilirubinémie est revenue aux valeurs normales et la réaction indirecte est devenue rapide; les modifications du taux des hématies, de la valeur globulaire, du diamètre moyen, du métabolisme hémoglobinique établi par le dosage de la biline fécale et urinaire ont été celles que l'on rencontre habituellement; la résistance globulaire a augmenté dans un cas et est restée diminuée dans le second.

Dans le dernier cas, les résultats de la splénectomie ont été beaucoup moins bons; l'ictère n'a subi qu'une diminution et 14 jours après l'opération, la bilirubinémie restait encore considérable (22 milligr. 2 pour 100). La différence des résultats opératoires est à retenir: elle montre qu'il est imprudent de promettre toujours une guérison rapide et complète; les formes où la splénomégalie est accentuée semblent les mieux influencées; dans les 3 cas, les lésions de la rate étaient identiques, mais la rate n'était pas très hypertrophiée chez la dernière malade; dans ce cas, peut-être faut-il incriminer une plus large participation au processus hémolytique des éléments extra-spléniques du système réticulo-endothélial chargés physiologiquement de la destruction du sang.

Lucien Rouquès.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Pasini. ***La germanine dans le traitement du pemphigus*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, 2e suppl., Août 1934). — La germanine ou Bayer 205 est une préparation qui a donné de bons résultats dans les trypanosomiases et la maladie du sommeil.

Dans ces dernières années, on a signalé en Allemagne de bons résultats par cette médication dans les affections bulleuses (Bergren, Löne, Mayr, Schreber, Fabian, Veiel, Behr, Bohstedt).

Par contre des résultats défavorables et des accidents graves ont été notés par d'autres auteurs (Joon, Schmidt, Voigt, Vonkennel, Urbach et Wolfram. Gieseln, Dietz et Dahmen) qui en déconseillent l'emploi.

Pour se faire une opinion, P. utilisa la germanine en injections intraveineuses de 50 centigr. (au total 5 à 6 gr.) dans diverses formes de pemphigus.

P. traita: 3 cas de *dermatite herpétiforme de Duhring;* il obtint deux guérisons qui se maintiennent l'une depuis 1 an, l'autre depuis 6 mois, et une récidive après une notable amélioration.

3 cas de *pemphigus chronique vrai*, avec une guérison depuis 6 mois, deux améliorations notables, mais suivies de mort par complications pulmonaires.

1 cas de *pemphigus foliacé:* échec total, mort par pyodermites et septicémie.

1 cas de *pemphigus aigu:* guérison qui date de 2 mois.

1 cas de *pemphigus végétant:* mort.

L'impression de P. est que la germanine a certainement une vertu thérapeutique que n'ont pas les autres médications préconisées dans le pemphigus. Les meilleurs résultats sont obtenus dans la maladie de Duhring; les résultats sont moins bons dans le pemphigus chronique vrai et dans le pemphigus aigu; ils sont rarissimes dans le pemphigus végétant, ils sont nuls dans le pemphigus foliacé.

Mais ce médicament doit être employé prudemment, car on note souvent une fièvre transitoire, un malaise général et une céphalée inconstante, et, ce qui est plus grave, des lésions rénales avec albuminurie, cylindrurie, hématurie et œdèmes des membres inférieurs, et des complications pulmonaires mortelles.

R. Burnier.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Hasegawa, Kobayashi et Yada. ***Les altérations du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis latente*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. 36, n° 3, Septembre 1934). — Dans ces quatre années, les auteurs ont examiné le liquide céphalo-rachidien de 140 syphilitiques.

77 de ces 140 malades avaient des altérations plus ou moins marquées : une hypertension dans 39,2 pour 100 des cas, une réaction à la globuline (23,5 pour 100), une augmentation du nombre des cellules (11,8 pour 100), une réaction à l'or (11,3 pour 100), un Wassermann positif (7,9 pour 100).

Ce sont les cas de syphilis latentes anciennes qui montraient le plus d'altérations du liquide céphalo-rachidien et de Wassermann positif.

Les syphilitiques latents, malades depuis un an, avaient des altérations liquidiennes dans 62,5 pour 100 des cas, alors que les syphilitiques depuis 7 à 10 ans étaient atteints dans une proportion de 85,3 pour 100.

Ces lésions du liquide céphalo-rachidien sont habituellement favorablement influencées par le traitement. La malariathérapie donne de bons résultats dans ces cas. Le traitement antisyphilitique agit surtout sur le nombre des cellules et la réaction de Wassermann.

R. Burnier.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Lwow)

X. Lewkowicz. ***Valeur dominante des lésions choroïdiennes par rapport aux lésions méningées dans la pathogénèse de la méningite cérébro-spinale. Conditions de la persistance et de la rétrocession de l'infection dans les foyers inflammatoires*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 13, nos 29 et 30, 20 Juillet 1934). — Dans un travail très documenté et illustré de nombreuses figures, le prof. L. apporte la confirmation histologique de la thèse qu'il a soutenue sur l'origine septicémique des lésions constatées dans la méningite cérébro-spinale. Leur siège primitif se trouve, non point dans les méninges, mais dans les ventricules cérébraux. Le travail de L. est basé sur l'étude histologique des préparations faisant partie du travail de Mme H. Pawlowska (C. R. de la Section anatomo-pathologique du XIVe Congrès des Médecins et naturalistes polonais, Posen 1933).

L'étude de ces préparations conduit L. aux conclusions suivantes:

1° La lésion principale incontestablement prédominante par son importance sur les lésions méningées réside dans un abcès métastatique situé au niveau de la partie médiane du plexus choroïde. L'abcès s'ouvre dans le ventricule.

2° La paroi de cet abcès est constituée par des petites artérioles dont la lumière est obstruée par des coagula ou par des cellules diverses contenant des méningocoques visibles dans la lumière et dans les parois des vaisseaux.

3° Dans la paroi d'une artériole, on trouve un petit abcès ouvert à l'extérieur. Le pus baigne le vaisseau dont la lumière est oblitérée par un caillot. L'abcès contient des méningocoques.

4° Quelques villosités choroïdiennes sont complètement nécrosées et séparées d'autres formations analogues restées intactes. Le point de départ de ces lésions se trouve dans les vaisseaux thrombosés par des cellules et des méningocoques.

5° Les foyers actifs se présentent histologiquement comme des espaces comblés d'un épanchement séro-purulent. Le milieu doit vraisemblablement présenter une forte réaction acide qui entrave l'action des pouvoirs défensifs spontanés et thérapeutiques. Dans le plexus choroïde, en raison de l'origine hématogène des lésions, les foyers sont entourés de véritables gaines constituées par des artérioles, points de départ des processus infectieux. Dans l'espace sous-arachnoïdien, on voit des petites veinules en rapport évident avec la résorption du liquide cérébro-spinal.

6° Le pus contient peu d'éléments microbiens bien conservés, ce qui traduit la passivité du processus. Son accumulation dans l'espace sous-arachnoïdien et au niveau des méninges est le résultat mécanique de l'agglomération des cellules apportées par le flux et le reflux du liquide et par sa résorption. L'apparence diffuse de ce processus va à l'encontre de son origine métastatique. Aussi les lésions méningées doivent-elles être considérées comme secondaires. Et, à défaut de preuve incontestable de l'existence des foyers de métastases infectieuses dans les méninges, on n'a pas de bases suffisantes pour affirmer la réalité de telles lésions.

7° L'échec des moyens thérapeutiques, surtout chez les nourrissons, peut être attribué aux infections larvées qui souvent ne se révèlent qu'après la mort.

Fribourg-Blanc.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

T. Holst Larsen. ***De l'anémie consécutive aux opérations sur l'estomac*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 83, nos 1-4, Septembre 1934). — Pour approfondir le rôle de l'anachlorhydrie dans la pathogénie de certaines anémies, question encore très débattue faute de documentation convenable, H. a mesuré le taux d'hémoglobine chez des sujets ayant subi une résection de l'estomac plusieurs années auparavant. Rappelons que le taux normal est de 109 pour 100 chez l'homme et de 94 pour 100 chez la femme avec l'étalon d'Haldane.

Parmi 35 femmes ayant eu une résection gastrique, 17 avaient un chiffre d'hémoglobine inférieur à 80 pour 100, 7 un taux moindre que 60 pour 100 et 2 n'avaient pas 40 pour 100, le taux moyen était de 77 pour 100. Parmi les 51 hommes, l'hémoglobine était inférieure chez 14 à 90 pour 100, chez 4 à 80 pour 100; aucun n'avait moins de 60 pour 100. Le taux moyen d'hémoglobine était chez eux de 88 pour 100.

Par comparaison, chez 26 femmes ayant eu une gastro-entérostomie, 9 avaient moins de 80 pour 100 d'hémoglobine, 2 moins de 60 pour 100; aucune n'avait moins de 40 pour 100. Le taux moyen était de 81 pour 100. Parmi 39 hommes ayant subi la même opération, 10 avaient moins de 90 pour 100, 2 moins de 80 pour 100, aucun n'ayant moins de 60 pour 100. Le taux moyen était de 97,4 pour 100.

Ces différences entre les deux catégories d'opérés plaident en faveur du rôle de la diminution de l'acidité gastrique dans la genèse de l'anémie. Les données tirées du chimisme gastrique parlent dans le même sens, mais elles sont passibles de diverses objections.

Dans un cas, l'anémie était du type pernicieux et s'améliora rapidement avec l'hépatothérapie; dans tous les autres, elle était du type secondaire. Toutes les fois qu'elle fut faite, la recherche des hémorragies occultes se montra négative. La radiologie ne permit pas de constater de récidives d'ulcère.

Les symptômes étaient les mêmes que dans une anémie achylique simple et le traitement par les grosses doses de fer eut le même effet rapide.

P.-L. Marie.

E. Segerdahl. ***Coup de chaleur au cours d'une cure d'atropine*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 83, nos 1-4, Septembre 1934). — Au cours d'une cure d'atropine faite à la dose de 39 milligr. par jour, chez une femme atteinte de maladie de Parkinson grave, S. a vu survenir par une température extérieure anormalement élevée, après une fièvre modérée, un état de collapsus subit accompagné d'hyperpyrexie (42°4) et rapidement mortel. Comme l'autopsie ne révéla aucune lésion d'origine infectieuse ni aucune complication intracranienne, S. pense qu'il s'est agi là d'un coup de chaleur, lié probablement à un trouble de la régulation thermique favorisé par la suppression de l'élimination sudorale provoquée par l'atropine.

Aussi, S. conseille-t-elle d'employer avec prudence les grosses doses d'atropine pendant les fortes chaleurs et, en présence d'élévations de température apparemment inexplicables, de penser à la menace d'un coup de chaleur et de mettre immédiatement en œuvre un traitement approprié qui pourra éviter une issue fatale.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

G. Ramon et **M. Djourichitch.** ***L'infection mixte strepto-diphtérique. Recherches expérimentales*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **3**, n° 4, Octobre 1934). — R. et D. ont étudié chez le cobaye l'influence réciproque du streptocoque et du bacille de Lœffler l'un sur l'autre. 19 cobayes reçurent sous la peau différentes doses du bacille diphtérique, additionné ou non de quantités variables de streptocoques.

Associé au streptocoque, le bacille diphtérique amène la mort de l'animal, à doses plus faibles que s'il est injecté seul. L'association exalte donc l'action pathogène du bacille diphtérique. Cet effet peut être obtenu à divers degrés, avec différentes souches de streptocoques, il ne l'est pas avec le staphylocoque.

Chez les animaux immunisés au moyen de l'anatoxine diphtérique, l'injection de 1/10 de centimètre cube de bacille diphtérique, associé avec une émulsion de streptocoque, n'entraîne pas la mort. Elle ne produit aucun symptôme.

Le streptocoque tué par la chaleur, le filtrat de culture streptococcique augmentent l'action pathogène du bacille de Lœffler autant que les streptocoques vivants.

L'injection simultanée du streptocoque et du bacille diphtérique en deux endroits différents n'augmente pas l'effet pathogène de ce dernier; la coexistence aux mêmes endroits des deux microbes est nécessaire. Seul, le premier passage avec le streptocoque stimule l'action pathogène du bacille diphtérique, les passages successifs ne font qu'entretenir cette action au même degré.

L'association du streptocoque au bacille diphtérique n'agit pas directement sur celui-ci pour en exalter les propriétés, il modifie seulement le terrain local et le rend plus apte à la culture du bacille.

Robert Clément.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

Scipione Caccuri et **Alfonso Chiariello** (Naples). ***Sur un nouveau procédé d'exploration fonctionnelle du foie : le pouvoir désaminant du foie après l'injection de glycocolle*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t **24**, n° 8, Octobre 1934). — La désamination des acides aminés serait propriété exclusive du foie. On peut étudier cette fonction en injectant par voie intraveineuse la solution de glycocolle; c'est ce qu'ont fait les auteurs dans une série de recherches cliniques et expérimentales, en étudiant la courbe aminoacidémique chez 18 sujets atteints de différentes maladies du foie et chez des lapins empoisonnés par différentes substances toxiques électivement pour le foie.

La simple détermination du taux aminoacidémique peut dans quelques cas indiquer l'existence d'un métabolisme intermédiaire altéré des protides, qu'on peut imputer au foie; dans certaines maladies suivies de guérison, la courbe aminoacidémique redevenant normale après guérison.

Il en est de même dans les recherches expérimentales, où la courbe aminoacidémique après injection de glycocolle met en évidence les altérations de la fonction désaminante du foie.

La ligature du cholédoque ou de la veine porte provoque également une modification de la courbe aminoacidémique après injection intraveineuse de glycocolle.

J. Okinczyc.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

Julien Fliederbaum (Varsovie). ***Recherches sur le rôle de la rate dans le métabolisme de l'eau. L'épreuve de la splénorétraction post-salyrganique*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, t. **27**, n° 10, Octobre 1934). — Le rôle de la rate, qui est un des plus importants réservoirs du sang, dans le métabolisme de l'eau est à tort beaucoup trop négligé. Or, l'injection intraveineuse de 2 cmc de salyrgan aux malades porteurs d'une grosse rate sans hydropisie, œdèmes et hépatomégalie fait apparaître le plus souvent une contraction énergique de la rate et provoque en même temps une hydratation considérable du sang, une augmentation de la diurèse, une perte de poids plus considérable que chez les sujets sains.

F. en conclut que la contraction de la rate post-salyrganique est causée par le rejet de l'eau résiduelle dans la rate vers la circulation générale (donc hydrémie) et de là dans l'urine (d'où augmentation de la diurèse) et par la voie extra-rénale (d'où perte de poids plus considérable que le degré d'augmentation de la diurèse). La rate fait donc fonction d'un réservoir d'eau qui se vide après l'injection de salyrgan. Et il existe le plus souvent dans les splénomégalies diffuses un emmagasinage exagéré de l'eau de réserve.

L'épreuve de la spléno-rétraction post-salyrganique possède, en dehors d'une importance théorique, une valeur pratique:

De même que l'épreuve adrénalinique, elle est utile dans le diagnostic différentiel des splénomégalies de causes diverses et dans l'étude des divers systèmes fonctionnels de la rate. L'absence de la contraction post-salyrganique paraît avoir une certaine importance pronostique: F. l'a observée dans tous les cas dans lesquels la rœntgenthérapie est restée sans effet. La provocation d'une splénorétraction post-salyrganique peut soulager les malades porteurs d'une grosse rate douloureuse.

Le mécanisme de l'action du salyrgan sur la rate appelle d'ailleurs d'autres recherches.

L. Rivet.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE (Paris)

H. Villard et **Ch. Dejean.** ***L'ophtalmie des chenilles*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. **51**, n° 10, Octobre 1934). — L'ophtalmie due aux chenilles est très rare. Elle résulte soit des poils de chenilles introduits dans l'œil, soit de la projection du liquide intérieur de l'animal. Neuf observations sont rapportées. Suit une histoire détaillée de la question, puis un chapitre d'étiologie décrivant les chenilles le plus souvent incriminées, leurs poils et leur liquide venimeux. Les poils se fixent dans la cornée et peuvent même la perforer entièrement alors qu'ils ne pénètrent guère dans la conjonctive. Le liquide venimeux provenant de la chenille du pin est le plus dangereux. Les lésions déterminées soit par les poils, soit par le liquide sont des kératites avec irido-cyclite. Un chapitre d'anatomie pathologique clôt l'article dont la publication, inachevée, est à suivre. A l'intoxication par la lymphe de la chenille correspond une kérato-conjonctivite avec iritis. L'inoculation des poils provoque des nodules conjonctivaux et des nodules épithéliaux cornéens centrés par les poils. La réaction cytologique de l'organisme ressemble à celle qui a lieu en cas de tuberculose.

A. Cantonnet.

H. Villard et **Ch. Dejean.** ***L'ophtalmie des chenilles*** (suite et fin). [*Archives d'ophtalmologie*, t. **51**, n° 11, Novembre 1934]. — V. et D. décrivent les résultats de l'inoculation des poils de chenille processionnaire sur l'œil de lapin. On obtient des phénomènes analogues à ceux qui ont été observés chez l'homme mais leur durée est bien moindre. Histologiquement on constate successivement une phase lymphocytaire, une phase macrophagique, une réaction giganto-cellulaire puis une réaction de cicatrisation (prolifération conjonctive). Du point de vue symptomatologique il y a: incubation d'un certain nombre de minutes puis réaction de type urticarien. Au bout de 3 ou 4 jours les nodules caractéristiques de la conjonctive apparaissent. Il peut exister des accidents tardifs. L'ophtalmie due aux liquides intérieurs de la chenille donne de vives réactions sans nodules, elle doit constituer une entité clinique différente de l'ophtalmie par poils. Le diagnostic différentiel se pose avec des nodules tuberculeux, en l'absence de commémoratifs. Le pronostic varie selon la quantité de matière projetée dans l'œil et selon l'espèce de chenille. Le traitement doit être prophylactique. Quant au traitement curatif, il consistera surtout en lavage immédiat, ablation précoce des poils de chenille si possible et traitement symptomatique ensuite.

A. Cantonnet.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

M. Gundel et **F. Süssbrich.** ***Résultats de nouvelles recherches cliniques et microbiologiques sur la péritonite ainsi que sur sa prophylaxie et sa thérapeutique par le sérum*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 35, 1er Septembre 1934). — Des recherches antérieures de G. et S. ont montré qu'en cas d'appendicite aiguë les germes, qui interviennent le plus souvent, sont les entérocoques et les streptocoques anhémolytiques. Par contre, dans les abcès appendiculaires et dans les péritonites post-appendiculaires, ces germes primitifs passent au second plan et c'est la flore des matières fécales qui domine avec les coli et les bacilles de la gangrène gazeuse. Le rôle du bacille de la gangrène gazeuse est encore assez insuffisamment précisé. Néanmoins, dans la péritonite post-appendiculaire, des méthodes de traitement sérothérapique méritent de retenir l'attention. Cette sérothérapie doit être pratiquée avec des sérums polyvalents. Dans bien des cas, on obtient des résultats satisfaisants avec un coli-sérum antitoxine. Mais bien souvent aussi,

l'entérocoque joue un rôle dominant, de sorte que le sérum polyvalent constitue la méthode de choix. Celui auquel se sont arrêtés G. et S. contient, pour 20 cmc, 65 pour 100 de coli-sérum antitoxique, 25 pour 100 de sérum entérococcique et 10.000 unités Behring d'un sérum antitoxique contre le bacille de la gangrène gazeuse.

Sur 240 cas d'infection du péritoine traités par le sérum de la péritonite, il est survenu 27 cas de mort. En outre, 51 cas ont été traités, soit à titre thérapeutique, soit à titre prophylacique, par le sérum de la péritonite. Dans 13 de ces derniers cas, il y avait des germes pathogènes dans le péritoine et 2 sujets sont morts, pour d'autres raisons que la péritonite. Les résultats favorables doivent être attribués, dans les cas sévères, exclusivement au traitement par le sérum qui permet évidemment de guérir ou de prévenir l'apparition de péritonite à pronostic défavorable.

Au point de vue clinique, le sérum doit être administré soit par la voie intrapéritonéale, soit par la voie intraveineuse dans une solution sucrée à 5 pour 100. A titre prophylactique, l'injection intraveineuse suffit. Celle-ci doit être pratiquée alors que le malade est encore sous narcose, ce qui prévient les réactions anaphylactiques et empêche la pénétration de micro-organismes dans le sang pendant les cinq heures qui suivent.

P.-E. Morhardt.

Leo Hesse. ***L'ictère dans la cirrhose atrophique du foie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 13, n° 35, 1er Septembre 1934). — Beaucoup de cas d'ictère intercurrent survenant au cours de la cirrhose ressemblent à l'ictère simple. Il en a été ainsi chez un homme de 32 ans, de constitution hypoplastique, ayant présenté des troubles digestifs et de l'amaigrissement au cours des 3 dernières années, chez lequel il est apparu, à la suite d'une indigestion, un ictère qui a disparu en 4 semaines. Mais la rate a continué à dépasser le rebord des fausses côtes de deux travers de doigts et le foie est resté dur, ce qui semble témoigner qu'un processus de cirrhose existait déjà longtemps avant l'ictère.

D'autres cas d'ictère apparemment infectieux s'observent également au cours des cirrhoses hépatiques. Il est donné de ce fait, par H., 3 observations montrant qu'une infection intercurrente en cas de cirrhose de Laennec peut donner lieu à un ictère manifeste, par trouble de la fonction du parenchyme hépatique et non par processus cholangitique. Dans un cas tout à fait démonstratif, des phénomènes analogues se sont terminés par une atrophie jaune aiguë déclanchée vraisemblablement par la bronchite muco-purulente et la broncho-pneumonie hémorragique constatées à l'autopsie.

Dans le même ordre d'idées, H. considère que le syndrome ictéro-ascitique de Fiessinger et Brodin est un ictère infectieux survenant en cas de cirrhose hépatique. En somme, le syndrome ictère-fièvre-tuméfaction de la rate ne serait pas, comme on l'a enseigné jusqu'ici, l'expression d'une cholangite, mais d'une altération cellulaire. A ce sujet, il est donné l'observation d'un homme de 54 ans, mort avec des phénomènes d'ictère, de cirrhose de Laennec avec tuméfaction de la rate, pigmentation hémosidérique et ascite. Dans ce cas, l'ictère survenu pendant les derniers jours serait attribuable à un processus dégénératif des cellules hépatiques.

L'ictère catarrhal est souvent précédé d'élévation de température. C'est le cas notamment pour l'ictère métapneumonique. Il s'agit donc là, en quelque mesure, d'une maladie seconde comme le rhumatisme qui survient après une angine ou encore après une scarlatine. Or, la sensibilité à une infection quelconque en cas de cirrhose est bien connue. Chez ces malades, comme l'a montré Fiessinger, la réaction de Pirquet est négative, de même que le complément du sang disparaît dans l'intoxication phosphorée.

P.-E. Morhardt.

C. Bennholdt-Thomsen et **O. Stickl.** ***Etiologie de la maladie de Still*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 13, n° 35, 1er Septembre 1934). — B.-T. et S. donnent l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2 dont le développement s'est fait avec un certain retard : éruption des dents à 15 mois; marche à 2 ans; le rachitisme a été diagnostiqué à 6 mois. Il y a une semaine, il a commencé à apparaître du gonflement et des douleurs extrêmement vives des articulations accompagnés d'une fièvre intermittente élevée. Les articulations des doigts, du métacarpe, du genou sont prises. Cependant, celles des hanches et celles des vertèbres cervicales sont libres. On constate de la syndactylie et une malformation des ongles ainsi qu'un chapelet costal, de la cyphose, etc. Dans le sang, on trouve : 2 millions d'érythrocytes, 45 pour 100 d'hémoglobine, lymphocytose relative et leucopénie. Enfin, il y a augmentation de volume de tous les ganglions lymphatiques accessibles et de la rate.

Le traitement consiste d'abord à donner du pyramidon à fortes doses qui réussit bien pendant une première cure puis qui, au cours d'une seconde cure, reste sans résultat. De même, une rougeole a pour conséquence une apyrexie de 11 jours et, enfin, l'état du malade s'améliore d'une façon définitive.

Au cours de la maladie, le sang a été examiné à plusieurs reprises au point de vue des germes; il a été retrouvé à trois reprises du *Staphylococcus pyogenes aureus haemolyticus* et, une fois, au cours d'une ascension fébrile, un streptocoque qui a fait l'objet de recherches systématiques très nombreuses. Il ne s'agit ni du streptocoque pyogène, ni du streptocoque hémolytique, ni du pneumocoque, ni du streptocoque muqueux. Il s'agit du *Streptococcus viridans* appartenant à une souche qui n'est pas identique à celle de Schöttmüller (résistance moindre à la chaleur, résistance plus grande à l'égard du taurocholate de soude). A ce propos, B.-T. et S. rappellent sommairement les observations de maladie de Still dans lesquelles il a été retrouvé des germes pathogènes. Sur 7 cas, il s'agissait 4 fois de streptocoque appartenant plus ou moins étroitement au type viridans. Il semble donc qu'on puisse établir une relation étiologique entre ce germe et la maladie de Still. Par contre, le rôle du staphylocoque n'est pas éclairci.

P.-E. Morhardt.

P. Mühlenkamp. ***Complications nerveuses de la diphtérie. Observations sur 4.937 diphtériques (1921-1933).*** [*Klinische Wochenschrift*, t. 13, n° 40, 6 Octobre 1934]. — Sur un total de 4.937 diphtériques, il a été observé 150 fois des complications nerveuses. Elles ont été assez rarement d'origine cérébrale. Il n'a été ainsi constaté qu'une seule hémiplégie survenue au cours de la troisième semaine chez une fillette de 6 ans et due, comme l'autopsie l'a montré, à une embolie de la sylvienne. A ce propos, M. fait remarquer que les hémiplégies, d'origine diphtérique, ont été beaucoup plus fréquemment notées par Misch, par Leede et par Rolleston. En outre, il a été observé 4 fois une irritation méningée, 10 fois des convulsions qui furent 8 fois terminales. Dans un cas de M., il y a eu syndrome d'encéphalite.

En ce qui concerne les parésies, leur proportion varie. Elle a été extrêmement faible en 1928 et en 1929 (1 pour 100), mais beaucoup plus élevée en 1930 (4,6 pour 100), en 1931 (8,4 pour 100), en 1932 (4,2 pour 100) et en 1933 (4 pour 100). En général, le nombre des parésies est l'expression de la sévérité de l'épidémie dans l'année correspondante. D'ailleurs, leur nombre augmente manifestement avec la sévérité du tableau clinique. Les parésies surviennent surtout entre 8 et 10 ans. C'est le palais qui est le plus atteint (50 pour 100); viennent ensuite les troubles de l'accommodation. Les paralysies du diaphragme ont été observées 15 fois dont 8 au stade terminal d'une diphtérie toxique sévère. La paralysie de la musculature de la nuque et du dos est survenue 5 fois, celle du nerf facial est survenue 2 fois, celle de l'appareil de la déglutition 8 fois avec 2 morts, celle de l'extrémité inférieure 11 fois. La paralysie du sphincter anal et vésical a été observée 2 fois.

Cette complication survient le plus souvent dans le cours de la deuxième semaine (33 pour 100). Mais en défalquant les cas de morts, on constate que la fréquence la plus grande est observée dans la 5e (16 pour 100) et dans la 6e semaine (15,3 pour 100). Il faut donc distinguer des parésies précoces (1re et 2e semaine) et des parésies tardives (5e et 6e semaine). Ce fait amène M. à faire garder le lit, en principe pendant 42 jours, aux enfants qui ont fait une diphtérie sévère.

19 cas n'avaient pas été traités par le sérum et sont entrés à l'hôpital avec des paralysies post-diphtériques. Dans 32 cas, les paralysies sont survenues alors qu'il avait été administré jusqu'à 10.000 unités antitoxiques. Dans 38 cas de paralysie, il avait été administré jusqu'à 50.000 unités. Il semble donc que plus la diphtérie est sévère au début, plus la quantité de sérum est grande et plus nombreuses sont les parésies. Ainsi, l'augmentation des doses de sérum ne prévient pas, à coup sûr, cette complication qui est évidemment liée à la sévérité de l'infection. L'administration intraveineuse de sérum n'a pas non plus d'influence sur cette complication.

Comme thérapeutique adjuvante, M. a eu recours exclusivement à la strychnine à la dose de 1 à 3 milligr. par jour, *per os* ou en injection intramusculaire. Cette thérapeutique est faite systématiquement au cours des 15 premiers jours de toute diphtérie sévère ou toxique, puis renouvelée pendant la 5e ou la 6e semaine à titre prophylactique.

Les prodromes d'une paralysie sont, d'après M., le phénomène du facial positif et, d'une façon générale, une augmentation de la réflexivité. Dans les paralysies tardives, on constate également un état mental se manifestant par un certain degré de stupidité, parfois aussi la tendance à des mouvements qui rappellent plus ou moins nettement la chorée. Il semble que cette thérapeutique a eu des résultats intéressants. Le tétrophan a été également utilisé, mais dans trop peu de cas pour qu'on puisse rien en conclure.

P.-E. Morhardt.

W. Neuweiler. ***Réaction de Takata et toxicose de la grossesse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 13, n° 40, 6 Octobre 1934). — Pour apprécier les troubles du foie dans les toxicoses de la gestation, N. a eu recours à la réaction de Takata qui est positive d'après les uns quand la proportion de globuline augmente et, d'après les autres, quand il apparaît, dans le sang, des acides gras inférieurs (acide propionique).

Les recherches faites dans plusieurs cas de gestation normale ont montré que la réaction de Takata est toujours négative. Dans 5 cas de reins de la grossesse, dans 9 cas d'éclampsie menaçante et dans 6 cas d'éclampsie déclarée, cette réaction a été également négative. Il en a été de même dans les éclampsies graves ayant déterminé la mort par altérations typiques du foie. Dans 5 cas d'hyperémésis sévère, il en a été également de même, bien que dans 3 de ces cas il y ait eu dans l'urine de l'acétone, de l'urobilinogène, de la leucine et de la tyrosine, un coefficient de Maillard supérieur à 25 et enfin de l'ictère. Cette réaction ne donne donc pas d'indications sur l'état du foie.

P.-E. Morhardt.

Günther Paschlau. ***Altérations osseuses leucémiques aux rayons Rœntgen*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 40, 6 Octobre 1934). — Dans la leucémie, en dehors des tumeurs (myélome, chlorome, lymphome, leucosarcome), on a déjà décrit la présence dans le squelette d'aires claires assez importantes visibles aux rayons Rœntgen et intéressant les omoplates, les os du bassin, le fémur, l'humérus, etc. Dans un cas de P., il s'agit d'une fillette de 8 ans dans un état de nutrition très médiocre, présentant des gonflements et des craquements dans presque toutes les articulations, une température irrégulière, etc. Une radiographie montre, au niveau des doigts et du carpe, des taches claires de décalcification, parfois comme si l'os avait été rongé, mais sans signe de périostite. Les mêmes plages se retrouvent dans les os du bassin, du bras et de la cuisse. Au bout de quatre mois, on constate que le sang devient nettement leucémique et finalement la mort survient. L'autopsie confirme le diagnostic de leucémie myéloïde.

Dans ce cas, qui est d'abord apparu sous les espèces d'un état aleucémique, le diagnostic des lésions osseuses n'a pu être fait ni par P. ni par les radiographes les plus connus de Berlin. On a surtout pensé à une ostéite fibreuse.

A l'examen microscopique du squelette, on constate de nombreux processus de désintégration des os et de la moelle osseuse avec disparition des trabécules dans les régions myéloïdes et nécrotiques. Ainsi, les images données par les rayons Rœntgen ont correspondu tout d'abord à la disparition de l'os sous l'influence du tissu myéloïde suivie d'une transformation en tissu fibreux avec néoformation osseuse et réapparition de la structure normale. C'est ce qui explique qu'on a pu faire, chez cette fillette, une biopsie dans laquelle on n'a trouvé que du tissu fibreux et pas de tissu myéloïde.

En somme, il semble que les rayons Rœntgen ne permettent pas de conclusions sur la nature anatomique des processus osseux de ce genre qui ne diffèrent pas beaucoup les uns des autres, qu'il s'agisse de maladie de Gaucher ou de leucémie. Néanmoins, en face de telles radiographies, il faut songer à ces deux maladies et surtout à la seconde.

P.-E. Morhardt.

H. Seckel. ***Hypochlorémie de l'enfance*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 41, 13 Octobre 1934). — S. donne, dans ce travail, des renseignements sur une série d'enfants chez lesquels il a été constaté de l'hypochlorémie de causes diverses. Dans un premier groupe (hypochlorémie par vomissements), figurent d'abord des cas de spasme du pylore. Au bout d'une ou deux semaines après le début des vomissements, on constate, chez ces malades, que l'urine ne contient plus que des traces minimes de chlorure de sodium avoisinant 0,6 pour 100, c'est-à-dire le taux du sérum puis des taux inférieurs. Dans 9 cas de spasme du pylore très sévère, il a été constaté de l'achlorurie avec une hypochlorémie allant de 0,351 à 0,528 p. 100 alors que dans les matières vomies, on trouvait beaucoup de Cl et d'acide combiné. Dans 2 cas, l'azote résiduel a été légèrement augmenté. Dans 12 autres cas plus légers, il n'a été constaté que 7 fois de l'achlorurie, le NaCl du sang variant de 0,458 à 0,680 pour 100.

Parmi les symptômes de cet état, qui s'accompagne d'alcalose, figurent le coma pylorique avec rétrécissement du champ de la conscience, augmentation de la durée et de la profondeur du sommeil, disparition de la mimique, arythmie respiratoire avec apnée, respiration de Cheyne-Stokes, bâillements, soupirs, hoquets, c'est-à-dire ce que S. appelle « petite respiration ». Un syndrome de ce genre ne s'observe que quand la chlorémie avoisine 0,440 pour 100.

Au point de vue chirurgical, il est prudent de suivre les modifications du métabolisme et de recourir, quand il est nécessaire, à l'administration de sel (en injection sous-cutanée ou par lavement) à la dose de 2 à 3 gr. par jour ou, dans les cas moins sévères, de 0,5 à 1 gr. Un surdosage de sel détermine une augmentation brusque du poids. L'intervention n'est pas contre-indiquée et elle doit se faire de préférence sous anesthésie locale.

Les vomissements acétonémiques rentrent dans ce même groupe; les pertes de chlore sont beaucoup moins considérables que dans la sténose du pylore et il existe une acidose partiellement compensée par une contre-régulation alcalosique que les pertes d'acide ont précisément pour effet de réaliser. Ce fait explique que la grande respiration puisse manquer et parfois même qu'il apparaisse des symptômes de tétanie. Des vomissements ayant pour origine des tumeurs du cerveau ou des infections sévères peuvent également être en cause. Dans ce sous-groupe, S. fait entrer la forme hypochlorémique de l'intoxication alimentaire (athrepsie) dont il donne 2 observations dans lesquelles le métabolisme avait une tendance à l'acidose.

Un second groupe d'hypochlorémie due à des pertes abondantes de sécrétion peut avoir pour origine de la diarrhée profuse, des ponctions d'ascite répétées, de la polyurie, des sueurs profuses, etc.

Un troisième groupe est constitué par les alimentations pauvres en sel et notamment par un régime trop riche en farine. Il est donné à ce sujet l'observation d'un enfant de 5 ans 1/2 présentant de l'azotémie par manque de sel du fait d'un régime sans sel imposé après néphrite scarlatineuse aiguë. L'introduction du sel a rendu les échanges normaux en augmentant la diurèse et le poids du corps. Dans 11 cas de scarlatine, il a été constaté 7 fois l'apparition, sous l'influence d'un régime sans sel, d'une hypochlorémie variant de 0,491 à 0,556 pour 100. S. est ainsi amené à conseiller dans les néphrites aiguës de l'enfance de ne pas exagérer la limitation du sel de cuisine et même, après les jours de sucre, d'ajouter quotidiennement 2 à 3 gr. de sel au régime sans sel.

P.-E. Morhardt.

H. Siedek. ***La question du point d'attaque de l'α-dinitrophénol*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 41, 13 Octobre 1934). — Pour se rendre compte du mode d'action de l'α-dinitrophénol, S. a administré ce corps, *per os*, en une seule fois, à la dose de 3 milligr. par kilogramme de poids du corps. Chez les sujets sains, cette dose détermine, dans la première heure, une augmentation du métabolisme de plus de 20 pour 100 en moyenne. Il a été constaté, chez 4 malades atteints de parkinsonisme post-encéphalitique, que cette dose ne déterminait aucune augmentation du métabolisme. Il en a été de même chez 4 malades atteints d'une affection localisable principalement dans les centres végétatifs.

Ces dernières observations, qui sont confirmées par celles de plusieurs autres auteurs, semblent montrer que le dinitrophénol agit vraisemblablement pour une part sur les centres. En administrant de la morphine à la dose de 3 centigr. une demi-heure avant le dinitrophénol, on a constaté dans 5 cas sur 8 que le métabolisme ne s'est pas élevé. Par contre, les médicaments, qui agissent sur l'hémisphère comme la paraldéhyde ou le médinal, ne modifient pas les effets du dinitrophénol.

En somme, une petite dose de dinitrophénol (3 milligr. par kilogramme) agit surtout sur les centres nerveux. Il n'est pas impossible cependant que ce médicament, à des doses plus élevées, n'agisse également sur la périphérie.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE

(Berlin)

O. Bokelmann. ***Importance de l'examen radiologique de la selle turcique pour l'interprétation des troubles sexuels de la femme.*** IIe partie : ***Recherches cliniques*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **158**, fasc. 2, 10 Octobre 1934). — D'après un grand nombre de radiographies du crâne chez des femmes après la puberté, qui présentaient de l'hypogénitalisme anatomique et fonctionnel, B. a constaté, d'une part, une petitesse anormale de la selle turcique et, d'autre part, des variations particulières de sa forme (ossification partielle de l'orifice de la selle turcique.)

Le résultat des recherches de la première partie de son travail sur l'hypogénitalisme indiquait que le profil de la selle turcique présentait un plus grand angle d'écartement. Pour le diagnostic des petites selles turciques et, donc, des petites hypophyses, seule la dimension de la surface de profil interne de la selle était déterminante. B. en concluait que l'hypophyse des femmes souffrant d'hypogénitalisme était en général plus petite que celle des femmes normales.

Par contre, des travaux expérimentaux ont démontré que la castration provoquait une augmentation plus ou moins considérable de l'hypophyse. B. conclut que, dans l'hypogénitalisme uniglandulaire et de cause primitive, on doit constater :

1° un développement en hauteur ou un développement adipeux avec accumulation caractéristique du dépôt de graisse, au ventre, aux fesses et aux seins ;

2° une prédominance de la longueur des parties inférieures du corps sur les parties supérieures;

3° une selle turcique relativement volumineuse.

Ces faits constituent les symptômes principaux de l'eunuchoïdisme; ils sont très rares.

Dans les cas d'hypogénitalisme hypophysaire, on constate :

1° une taille au-dessus de la normale avec prédominance de la longueur du buste ;

2° une lipomatose facultative correspondant au type hypophysaire de la répartition du tissu adipeux ;

3° un infantilisme également facultatif généralisé le plus souvent et peu prononcé ;

4° des manifestations d'un hypogénitalisme plus ou moins marqué avec le plus souvent (mais pas toujours) des caractères sexuels secondaires présents ;

5° une petite selle turcique.

B. rapporte, comme exemple, des cas d'hypogénitalisme primaire, comprenant des observations d'aménorrhée primitive, d'opsoménorrhée primitive, d'opsoménorrhée primitive avec aménorrhée consécutive et d'oligoménorrhée primitive. Un second groupe des cas comprend l'hypogénitalisme secondaire avec des observations d'aménorrhée secondaire (de degré marqué) et d'opsoménorrhée secondaire. Enfin un troisième groupe comprend l'hypogénitalisme de faible degré sans troubles menstruels.

Le matériel de B. porte sur 78 cas présentant de l'hypogénitalisme anatomique ou fonctionnel qui ont été examinés sans triage particulier, au point de vue de la dimension de la selle turcique. Sur ces 78 cas, 46 présentaient une ossification en pont de leur selle turcique ou une petite selle turcique. B. arrive à constater que, sur ces 78 cas, 18 pour 100 étaient nettement hypophysaires et 15,4 pour 100 étaient des cas douteux.

B. conclut à la suite de ces observations qu'actuellement encore, on admet d'une manière



DISMINE FAVROT
LE BUCHU EN THÉRAPEUTIQUE URINAIRE
Totalité des Principes actifs du
BUCHU (Diosma Crenata)
et Salicylate de Phényle aa { 0,05 par capsule
ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE
SÉDATIF DIURÉTIQUE
DISMINE FAVROT
Capsules renfermant la totalité ... retirés par un procédé ...
...ides et alcaloïdes
URÉTHRITES - PROSTATITES
CYSTITES - PYÉLITES ET PYÉLO-NÉPHRITES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
de 6 à 12 capsules par jour
Expérimenté avec Succès dans les Hopitaux
ÉCHons & LITTÉRATURE LABORATOIRES DU Dr H. FERRE 6 rue DOMBASLE - PARIS XV

trop étendue la conception d'un trouble fonctionnel provenant de l'ovaire ou d'un hypogénitalisme anatomique primitif. D'après lui, chaque cas doit être systématiquement contrôlé et ne pas reposer uniquement sur l'examen gynécologique. D'autre part, il ne croit pas devoir accepter, comme on l'a fait jusqu'ici, un rôle aussi minime pour l'hypophyse dans le développement de l'appareil génital et notamment dans les troubles fonctionnels et développements génitaux. Les travaux expérimentaux concernant la fonction hypophysaire exigent un contrôle de notre conception sur les diverses formes constitutionnelles de l'hypogénitalisme dont la systématologie met trop au premier plan, au point de vue étiologique, une insuffisance primitive des glandes sexuelles.

Henri Vignes.

L. Herold. ***Sur l'excrétion exagérée de la porphyrine des nouveau-nés; en outre, nouvelle preuve en faveur de la théorie hématogène de l'ictère des nouveau-nés*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **158**, fasc. 2, 10 Octobre 1934). — H. rappelle d'abord la théorie hématogène de l'ictère des nouveau-nés qui a trouvé son amplification par la théorie de Anselmino et Hoffmann: acclimatation du fœtus à une insuffisance oxygénée intra-utérine et sa réacclimatation à un rapport normal d'oxygène après la naissance, explication plausible de la désintégration sanguine chez le nouveau-né; brusque résorption de l'hémoglobine en excès se transformant en colorant biliaire, processus qui trouve son expression dans une augmentation du sang en bilirubine. H. a recherché à évaluer l'excrétion de la porphyrine chez le nouveau-né et notamment dans l'ictère du nouveau-né. Pour ces recherches, il a utilisé la détermination fluoroscopique dans l'urine suivant Hymans Van der Bergh, de même que suivant la méthode spectroscopique de Schreus et Carrié.

Il fut pratiqué des déterminations de la porphyrine chez 16 nouveau-nés, pendant 10 jours: quantité de porphyrine de l'urine recueillie dans les 24 heures et protégée de la lumière. La quantité d'urine variait entre 20 et 30 cmc.

Les premier et deuxième jours, par la méthode spectrocolorimétrique, il ne fut constaté aucune porphyrine; par la méthode fluoroscopique sur lumière ultra-violette filtrée, H. n'a pu voir que des traces de porphyrine quantitativement indéterminables. Au troisième jour, dans tous les cas, il se produisit une excrétion de la porphyrine qui comporte en moyenne 8 gammas et atteint son maximum au 4e jour. Déjà, au 5e jour, commence un déclin des quantités excrétées de porphyrine, si bien qu'au 6e jour, on ne constate qu'un soupçon de fluorescence rouge; aux 7e, 8e, 9e et 10e jours, par les méthodes utilisées, on ne pouvait plus constater aucune trace de porphyrine. Ainsi, dans l'urine des nouveau-nés, l'excrétion de la porphyrine se produit seulement du 3e au 6e jour en atteignant son maximum au 4e jour.

Ces résultats s'accordent avec ceux de Hirsch et de Yllpö, concernant le comportement du taux de la bilirubine dans le sang du nouveau-né. De même, l'augmentation de la bilirubine dans le sang atteint son maximum au 4e jour. Les causes de cette augmentation de bilirubine, qui représentent en même temps le problème crucial de l'ictère des nouveau-nés, se trouvent expliquées par la réacclimatation du nouveau-né à l'apport normal d'oxygène dans la vie extra-utérine.

H. conclut que l'excrétion exagérée en porphyrine d'un nouveau-né, au cours des premiers jours, coïncidant avec le maximum de l'augmentation de la bilirubine dans le sang, apporte une nouvelle preuve en faveur de la théorie hématogène de l'ictère des nouveau-nés.

Henri Vignes.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE
(Tübingen)

Schrader. ***Sur la stase vésiculaire, non calculeuse, au point de vue chirurgical*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **160**, n° 4, 30 Octobre 1934). — Dans cet article, S. attire l'attention sur les douleurs vésiculaires à type de coliques hépatiques, sans calculs vésiculaires. Il ne s'agit pas là de troubles sous la dépendance de la stase biliaire pure, mais de stase provoquée par adhérences, lymphangites périvésiculaires, infections pariétales des voies biliaires et parfois torsion de la vésicule.

Dans tous les cas de stase simple par hypotonie, il faut se garder d'intervenir chirurgicalement et les malades doivent être confiés aux médecins, car les récidives des douleurs sont alors très fréquentes après la cholécystectomie.

Ce n'est que dans les cas de torsion de la vésicule, ou quand il existe de fortes adhérences périvésiculaires, avec phénomènes infectieux du côté gastrique ou duodénal, que la cholécystostomie peut alors être pratiquée. J. Sénèque.

H. Gerber. ***Sur l'exclusion unilatérale du gros intestin*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **160**, n° 4, 30 Octobre 1934). — Le travail de G. est basé sur 16 observations (publiées dans cet article) d'exclusion unilatérale du gros intestin. Cette intervention a été pratiquée pour les lésions suivantes:

Dérivation pour fistules: 6 cas.
Dérivation après iléus: 4 cas (dont 2 cas de cancers).
Exclusion pour tumeurs: 4 cas.
Exclusion pour colite: 1 cas.
Exclusion après suture intestinale pour gangrène du côlon: 1 cas.

I. — *Dans le premier groupe:* on note 1 cas de fistule après cancer perforé de l'angle gauche et 5 cas de fistules post-appendiculaires. Le premier cas fut traité par anastomose iléo-sigmoïdienne, les cinq autres cas par anastomose iléo-transverse.

S'il n'y a eu aucun décès post-opératoire, il faut noter cependant que dans les observations IV et V il a fallu réintervenir secondairement sur la fistule cæcale elle-même pour obtenir la guérison définitive.

Les résultats éloignés ont été bons dans les cas de dérivation pour fistule post-appendiculaire. Le malade, opéré pour cancer perforé de l'angle gauche, est décédé un an et demi après l'exclusion unilatérale.

II. — *Au stade d'iléus* l'exclusion a été pratiquée 4 fois (observations XI, XII, XIII et XIV); il faut cependant noter que, dans l'observation XI, on a d'abord pratiqué un anus cæcal et l'exclusion unilatérale n'a été faite que secondairement.

Dans 3 cas, il s'agissait de tumeurs du côlon droit (obs. XII, XIII et XIV); l'exérèse secondaire a été tentée 1 seule fois (obs. XI) et a été suivie de mort; dans les 2 autres cas (obs. XII et XIII) on s'en est tenu à l'exclusion unilatérale, mais il n'y a pas de résultats éloignés.

Dans le 4e cas, il s'agissait d'une occlusion post-appendiculaire par adhérence dans la région iléo-cæcale et l'anastomose iléo-sigmoïdienne a donné un très bon résultat qui se maintient deux ans et demi après l'exclusion.

III. — *Dans 4 cas l'exclusion a été pratiquée pour des tumeurs inextirpables du côlon droit* (obs. VII, VIII, IX et X). Il n'y a pas eu de morts post-opératoires; un malade est décédé 3 mois 1/2 après (obs. VII), un autre 4 ans après (obs. X), un cas est récent, il n'y a pas de résultat éloigné dans la quatrième observation.

Il ne s'agit ici que d'interventions palliatives pour cancers inextirpables.

IV. — *Dans 1 cas* (obs. XV) l'exclusion a été pratiquée pour une colite grave chez une femme de 39 ans, mais il a fallu réintervenir secondairement pour adhérences et coudure entre le côlon transverse et le côlon ascendant et pratiquer une résection. Résultat très douteux chez une psychopathe.

V. — *Dans le dernier cas enfin* (obs. XVI), il s'agissait d'une gangrène du côlon transverse après gastrectomie et l'anastomose iléo-côlon descendant a été pratiquée pour mettre au repos la suture du côlon transverse.

Dans tous ces cas, il n'y a eu aucun décès post-opératoire après les 16 exclusions unilatérales pratiquées pour des lésions bien différentes; dans 2 cas, nous l'avons vu, il a fallu réintervenir sur la fistule, l'exclusion ayant été insuffisante.

G. se déclare très partisan de cette méthode et les cas qu'il a pu suivre à la radioscopie lui ont montré qu'il n'y avait aucun trouble du côté de l'intestin en amont de l'anastomose.

J. Sénèque.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

W. Berblinger. ***La maladie de Simmonds (Hypopituitarisme total).*** [*Endokrinologie*, t. **14**, n° 6, Novembre 1934]. — Bien que B. ait examiné l'hypophyse le plus souvent au microscope, dans environ 6.000 cas, il n'avait pas encore eu l'occasion de rencontrer une hypophyse altérée comme dans la maladie de Simmonds. Il a cependant pu faire l'observation suivante. Il s'agit d'un homme né en 1884 et ayant subi, en 1911, une fracture par dépression du frontal gauche. Ultérieurement, il eut deux enfants sains et, en 1927, il constata l'apparition d'une impotence complète avec disparition des poils du pubis, de l'aisselle et du menton, fatigabilité, diminution de l'ouïe et de la vue, amaigrissement. A l'entrée, il pèse 59 kg. pour 1 m. 55; sa pression artérielle est de 80/60. Par ailleurs, l'examen du sang fait faire le diagnostic d'anémie pernicieuse. L'état mental paranoïde est rattaché au traumatisme cérébral.

A l'autopsie faite après la mort survenue à la suite de broncho-pneumonie avec pleurite fibrineuse, on constata d'abord des adhérences entre la pie-mère et la dure-mère au niveau de l'ancienne fracture cérébrale qui avait été assez importante pour déterminer des foyers de ramollissement de certaines circonvolutions. En outre, il y a de l'hémosidérose de la rate et du foie avec moelle osseuse des os longs riche en graisse.

Par ailleurs, on est frappé de la petitesse du poids des divers organes: 1.120 gr. pour le cerveau, 1.060 gr. pour le foie, 160 gr. pour les reins, 6 gr. au lieu de 36 pour les testicules et enfin 0,125 gr. au lieu de 0,656 pour l'hypophyse avec son pédicule. Il existe en somme une microsplanchnie. L'examen microscopique montre que le lobe antérieur de l'hypophyse est complètement remplacé par du tissu conjonctif avec des amas de lymphocytes et des épanchements sanguins. Cependant, on trouve quelques petits groupes de cellules éosinophiles. C'est évidemment à la disparition du lobe inférieur de l'hypophyse qu'il faut attribuer l'atrophie de la gonade.

Il y a lieu d'autre part de considérer, d'après B., que l'anémie observée dans ce cas est également en relation avec le trouble d'une fonction régulatrice par laquelle le diencéphale intervient dans les fonctions de la moelle osseuse et de la rate. D'ailleurs, l'anémie est fréquente en cas de maladie de Simmonds. Dans cette observation, l'anémie a eu pour conséquence une erreur de diagnostic qui fait qu'on n'a pas procédé à l'examen complet du métabolisme qui aurait été fort intéressant. L'abais-

sement de la pression constaté doit être également mis en relation avec l'absence des cellules basophiles dont la multiplication exagérée entraîne par contre la pléthore hypophysaire.

Il est difficile de déterminer la raison pour laquelle cet individu a été atteint d'une atrophie aussi complète de l'hypophyse. Il ne semble pas s'agir d'une nécrose embolique ni de syphilis, ni d'une affection inflammatoire primitive. B. songe plutôt au traumatisme cérébral qui aurait déterminé une hémorragie dans le lobe antérieur. Dans ces conditions, il se serait écoulé 15 à 16 ans entre la cause déterminante (fracture du crâne) et la maladie.

En somme, la maladie de Simmonds entraîne une insuffisance de l'hormone de croissance, de l'hormone thyrotrope, de l'hormone qui régit les fonctions sexuelles et de l'hormone du métabolisme. On peut donc bien parler d'hypopituitarisme total.

Au point de vue du traitement, B. remarque qu'on est arrivé, dans quelques cas, avec des préparations d'hypophyse, à obtenir des résultats et notamment à relever la pression du sang. Mais d'autres auteurs n'ont eu, par contre, aucun résultat.

P.-E. Morhardt.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

G. Dubois-André. *Les sels d'or, traitement nouveau de la sclérose en plaques* (*Le Scalpel*, t. **87**, n° 43, 27 Octobre 1934). — Devant l'échec de la plupart des traitements de la sclérose en plaques, D. a essayé la chrysothérapie, dont il rapporte 3 observations.

Si cette médication n'a pas fait disparaître dans tous les cas certains signes cliniques comme le signe de Babinski et le clonus du pied, elle a procuré aux malades une restauration fonctionnelle des membres leur permettant de reprendre des occupations auxquelles certains ne pouvaient plus se livrer depuis des années. La sclérose en plaques présente fréquemment des rémissions spontanées; dans les cas traités, il s'agit plus de régression que de rémission. Jusqu'à présent, aucun des sujets n'a présenté de rechutes.

On a employé, pour réduire au minimum les risques d'accidents cutanés et rénaux, un aurothio-glucose en suspension huileuse. Un seul sujet a présenté une albuminurie à 8 grammes par litre, qui disparut en 4 mois. Le traitement consistait en une injection tous les 4 jours de doses très faibles: 2 milligr. pour les deux premières piqûres, puis de 8 jours en 8 jours on double la dose employée. A partir de 0 gr. 05, une seule injection par semaine, sans dépasser 0 gr. 30 de façon à administrer au total 2 gr. 1/2 de sels d'or.

L'introduction de sels d'or dans l'organisme aurait pour effet d'arrêter la néoformation de la névroglie. Cet arrêt permettant d'enrayer la destruction progressive de la myéline et assurant l'intégrité des cylindraxes, menacés par cette prolifération anarchique de tissu conjonctif. Pour avoir des résultats, il faut s'adresser à des cas récents; il faut agir avant que le stade d'irritation n'ait cédé la place au stade de destruction.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Baltimore)

O. M. Helmer, P. D. Fouts et L. G. Zerfas. *Rapports entre le facteur intrinsèque et la présence d'une substance hémopoiétique dans le suc gastrique concentré de l'homme* (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 2, Août 1934). — H., F. et Z. ont déjà établi qu'avant que l'on puisse déceler une activité hémopoiétique dans le suc gastrique normal, il faut que ce dernier ait subi une modification, telle que celle, par exemple, que provoque la concentration dans le vide ou la conservation prolongée à la glacière. D'autre part, ils ont constaté que la mise en présence à l'étuve du sucre gastrique normal et d'extrait hépatique augmente notablement l'activité hémopoiétique de ce dernier. Cette augmentation doit être vraisemblablement le résultat d'une action du facteur intrinsèque du suc gastrique sur le facteur extrinsèque contenu dans l'extrait hépatique.

Expérimentant sur des sujets atteints d'anémie pernicieuse, servant de tests, ils ont pu voir qu'il devait y avoir une relation quantitative entre les taux de facteur intrinsèque et de facteur extrinsèque pour produire la réponse réticulocytaire maximum. La quantité de facteur intrinsèque contenue dans 50 à 75 cmc de suc gastrique normal semble être la quantité minimum nécessaire pour produire la réponse maximum après séjour à l'étuve en présence d'une ampoule d'extrait hépatique; mais 10 cmc de suc sont déjà capables de déterminer une légère réticulocytose. L'usage d'extrait hépatique semble plus judicieux que celui de muscle de bœuf, car s'il y a suffisamment de facteur intrinsèque dans le suc gastrique, on peut obtenir la réponse réticulocytaire maximum avec une ampoule d'extrait hépatique, tandis que ce n'est pas le cas avec le muscle de bœuf.

Au moyen d'expériences analogues de mise en présence avec l'extrait hépatique, H., F. et Z. ont constaté, en examinant le sang des malades atteints d'anémie pernicieuse ainsi traités, que le facteur intrinsèque du suc gastrique normal ne passe pas à travers les ultra-filtres non plus que la substance du suc gastrique qui peut être rendue hémopoiétiquement active par concentration au moyen de la distillation dans le vide. Ainsi, il est établi que le facteur intrinsèque se trouvait présent au début de la concentration dans le vide dans tous les échantillons de suc gastrique qui ont été rendus actifs. Toutefois, la substance contenue dans le suc gastrique concentré par distillation dans le vide, qui se montre active quand elle est injectée, n'est pas identique au facteur intrinsèque puisque ce dernier se trouve détruit ou épuisé pendant le processus de concentration durant lequel se forme la substance active présente dans le suc gastrique concentré. Cependant, l'ultra-filtrat de suc gastrique débarrassé de pepsine, de lab et de mucus au moyen de la précipitation par la caséine, mais contenant le facteur intrinsèque, ne se montra pas hémopoiétiquement actif après concentration par distillation dans le vide. Ceci tendrait à étayer l'hypothèse que la substance stimulant l'hémopoièse existant dans le suc gastrique humain normal concentré ne se forme pas, à moins qu'un facteur intrinsèque et un facteur extrinsèque ne soient présents dans le suc gastrique durant le processus de concentration par le vide.

Ces expériences confirment les recherches de Castle, en montrant que le facteur intrinsèque peut être séparé par précipitation par la caséine des ferments tels que la pepsine et le lab. Elles indiquent aussi que le facteur intrinsèque possède une structure moléculaire relativement petite, après qu'il a été débarrassé de la pepsine, du lab et du mucus par précipitation au moyen de la caséine.

P.-L. Marie.

S. M. Goldhamer, R. Isaacs et C. S. Sturgis. *Le rôle du foie dans l'hémopoièse* (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 2, Août 1934). — Utilisant comme sujets d'expérience des malades atteints d'anémie pernicieuse, G., I. et S. ont vu, en donnant des extraits de foie fœtal, que le principe nécessaire à la maturation des hématies existe dans le foie deux mois avant la naissance. De même, en administrant un extrait de foie d'anémie pernicieuse, ils ont constaté que le principe actif peut être absent du foie dans un cas d'anémie pernicieuse insuffisamment traité tandis qu'on le trouve dans le foie d'un malade convenablement soigné. Expérimentant avec des extraits de foie cirrhotique, ils ont trouvé qu'un tel foie peut ne pas renfermer de principe actif. D'autres expériences montrent, fait remarquable, qu'un foie peut être suffisamment altéré pour que ce principe, quoique présent, puisse ne pas être libéré par cet organe sous une forme utilisable par les tissus. On peut trouver une formule sanguine semblable à celle de l'anémie pernicieuse lorsque le foie est si altéré (cirrhose, atrophie jaune aiguë) qu'il ne peut plus emmagasiner le principe actif ou le présenter aux tissus de l'organisme sous une forme permettant son utilisation.

Puisque tous les foies ne renferment pas le principe actif, il est vraisemblable que ce principe est un produit entreposé dans le foie, mis en liberté quand l'hémopoièse le demande, plutôt qu'un élément constituant du parenchyme hépatique.

P.-L. Marie.

W. Antopol, J. Heilbrunn et L. Tuchman. *Hypertrophie du cœur due à une surcharge anormale de glycogène dans la maladie de Gierke* (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 3, Septembre 1934). — Gierke a décrit, en 1929, sous le nom d'hépato-néphromégalie glycogénique, une affection caractérisée par une accumulation anormale de glycogène (glycogénose), semblant résulter d'un trouble du mécanisme régulateur de la dégradation du glycogène. A côté de ce type hépato-rénal, on a rencontré depuis une forme où l'accumulation de glycogène a lieu dans le cœur et il en existe une autre où les dépôts se trouvent dans les centres nerveux.

Le cas présent appartient au second type. Il s'agit d'un nourrisson de 4 mois qui, après une histoire clinique obscure, fit une pneumonie mortelle. A l'autopsie, on trouva un cœur très augmenté de volume. Les fibres myocardiques avaient l'aspect de tubes creux, avec des striations le long de la paroi et remplis de gouttes et d'amas allongés de glycogène. On en retrouvait dans la paroi épaissie des vaisseaux, et, en particulier, dans les grosses veines et surtout dans la tunique musculaire. Le foie était volumineux, les cellules hépatiques renfermaient du glycogène tandis qu'il faisait défaut dans les cellules de Kupffer. Au niveau du rein, on en trouvait dans les glomérules et dans les tubes excréteurs tandis que les tubes sécréteurs en renfermaient peu. Chimiquement, le glycogène s'élevait à 3.5 pour 100 dans le cœur, à 3,3 p. 100 dans le foie et à 4,3 pour 100 dans le rein.

Il est fort possible qu'il existe des rapports entre cette affection d'une part, et « l'hypertrophie idiopathique du cœur » et les rhabdomyomes du cœur qui sont précisément très riches en glycogène, d'autre part.

P.-L. Marie.

W. B. Porter et C. E. Simons. *Le traitement de l'intoxication par le sublimé* (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 3, Septembre 1934). — On ne connaît pas d'antidote spécifique du sublimé. Il semble que la mort soit due à une insuffisance rénale, résultant des effets exercés sur les glomérules par l'obstruction mécanique des tubes contournés. Aussi, pour augmenter la filtration glomérulaire, afin de prévenir la stase et pour rendre l'urine alcaline au tournesol au niveau du rein et empêcher ainsi la précipitation des albumines et la formation des cylindres, P. et S. ont adopté la pratique suivante: lavage gastrique toutes les 12 heures pendant 5 jours avec une solution de bicarbonate de soude à 5 pour 100

et injection sous-cutanée d'un litre d'eau salée physiologique toutes les 12 heures tant que les vomissements persistent; ingestion de 5 gr. de bicarbonate de soude toutes les trois heures pendant le jour et toutes les 4 heures pendant la nuit (il faut arriver à maintenir l'urine alcaline au tournesol); enfin, lavement quotidien avec la solution de bicarbonate à 5 pour 100. Alimentation avec du jus d'orange, du lait et du lactose. Dans 2 cas, la gastrostomie fut faite pour parer à une stomatite et à une œsophagite graves.

P. et S. ont traité ainsi 46 cas d'intoxication par ingestion de sublimé et n'ont eu à déplorer que 3 décès. Ils insistent sur l'importance pronostique de la leucocytose; seul un malade ayant plus de 30.000 leucocytes par millimètre cube survécut.

P.-L. Marie.

A. C. Ernsterne et **B. E. Mulvey**. ***De la fibrillation auriculaire consécutive aux opérations pour goitre*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 3, Septembre 1934). — La fibrillation auriculaire est l'irrégularité cardiaque le plus communément observée dans l'hyperthyroïdie. Comme cette arythmie se montre très souvent pour la première fois peu de temps après la thyroïdectomie, E. et M. se sont donné pour tâche d'approfondir ce point en se basant sur l'étude d'une série de 405 thyroïdectomies.

7 pour 100 de leurs hyperthyroïdiens présentaient de la fibrillation auriculaire durant la période pré-opératoire tandis que cette arythmie se produisit chez 16 pour 100 des sujets ayant un rythme normal avant l'intervention.

L'âge du malade, le type de goitre et la durée de l'hyperthyroïdie semblent être les facteurs prédisposants les plus importants dans l'apparition de la fibrillation post-opératoire. Le degré d'élévation du métabolisme basal a peu d'importance. L'augmentation brutale immédiate dans le taux du métabolisme basal qui suit l'opération est probablement le seul facteur essentiel responsable du développement de l'arythmie.

La fibrillation auriculaire post-opératoire est plus commune chez les malades atteints de goitre toxique que chez ceux atteints de goitre hyperplastique. Cette différence ne peut s'expliquer entièrement par les différences d'âge entre les sujets des deux catégories. La longue durée de l'hypertrophie thyroïdienne observée chez la majorité des malades porteurs de goitre adénomateux favorise le développement graduel de lésions myocardiques, consécutives peut-être à des poussées répétées, obscures et inaperçues, d'hyperthyroïdie.

La fibrillation auriculaire débute en général au cours des 60 premières heures qui suivent l'intervention. Elle provoque rarement de la gêne circulatoire et le rythme normal se rétablit d'ordinaire spontanément dans les 48 heures suivantes. Il est bon toutefois de donner de la digitale dès la constatation de l'arythmie.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

W. D. Gatch, Trusler et **R. E. Lyons** (Indianapolis). ***Etude de la toxicité dans l'occlusion intestinale aiguë*** (*Archives of Surgery*, t. 28, n° 6, Juin 1934). — Cet article est une démonstration du fait que la toxicité du liquide intestinal est due à la présence des liquides duodéno-pancréatiques.

Dans un premier chapitre, les auteurs ont étudié la toxicité du contenu normal de l'intestin en recueillant celui-ci chez le chien ou chez l'homme et en l'injectant par la voie intraveineuse à des animaux. L'injection du liquide est constamment toxique, déterminant des phénomènes graves : dyspnée, chute de la pression artérielle, vomissements, tremblements musculaires et mort au bout d'un temps variable. Les liquides du gros intestin sont moins toxiques, de même le liquide intestinal filtré sur bougie Berkefeld est moins toxique.

Dans une deuxième partie, poursuivant le même genre d'expérience, les auteurs montrent que le liquide intestinal le plus toxique est celui de la région duodéno-pancréatique, les phénomènes toxiques sont beaucoup plus importants et la mort est plus constante.

Enfin, ils ont appliqué cette technique à l'étude des liquides recueillis au cours d'une occlusion intestinale expérimentale. Inversement à ce qu'on pourrait croire ce liquide est moins toxique que le contenu intestinal normal, mais si on se rapproche de la région duodéno-pancréatique l'injection du contenu intestinal devient de plus en plus toxique jusqu'à atteindre la toxicité envisagée au chapitre précédent. Il semble donc, par conséquent, que la résorption du contenu intestinal entraîne des troubles d'intoxication d'autant plus importants que l'on se rapproche de la région duodéno-pancréatique, et c'est probablement la raison qui explique la gravité des occlusions intestinales hautes dans lesquelles se fait presque immédiatement l'arrêt, puis la résorption du liquide duodéno-pancréatique.

F. d'Allaines.

Frederick A. Coller, Henry Field et **Thomas M. Durant** (Ann Arbor. Mich). ***Tumeur à cellules chromaffines déterminant des crises d'hypertension paroxystiques guéries par l'opération*** (*Archives of Surgery*, t. **28**, n° 6, Juin 1934). — Le titre résume entièrement cet article qui est avant tout le compte rendu de l'observation d'un malade de 16 ans, venu consulter pour des troubles généraux et des accidents d'hypertension par crises; ces crises d'hypertension devenaient de plus en plus fréquentes et arrivaient à se répéter même la nuit entraînant des accidents généraux de plus en plus importants. Quelques jours avant l'opération l'apparition d'œdème pulmonaire indiquait la nécessité d'une solution urgente. Entre les crises la pression était de 10, 14 et s'élevait à 20, 30 au moment des accidents. L'hyperpression s'accompagnait de gêne précordiale, refroidissement des extrémités, dyspnée, palpitations, céphalée, tremblements, nausées et même vomissements; la crise durait plusieurs heures. L'opération fut pratiquée à l'anesthésie à l'éther (incision abdominale médiane et exploration des deux régions surrénales). On constata alors la présence d'une tumeur dans la région sus et pré-rénale droite, une incision transversale horizontale permit d'avoir accès sur la tumeur qui était située devant le pôle supérieur du rein, recouverte par le foie et encadrée par l'angle colique droit. L'extirpation en fut aisée et la guérison opératoire rapide. Le malade fit le jour même de l'opération une chute de pression à 6, 9 1/2 avec phénomènes généraux un peu alarmants, mais qui céda rapidement. Depuis, revu à plusieurs reprises, jusqu'à 6 mois après l'opération, ce malade présente une pression constante à 9, 13 et a pu reprendre ses occupations.

A la suite de cette intéressante observation, les auteurs rapportent qu'ils ont retrouvé 17 cas de tumeur chromaffine occupant la médullaire surrénale et que 4 seulement parmi les cas opérés ont amené une guérison.

F. d'Allaines.

David H. Kling (Los Angeles). ***Traitement des troubles de la circulation périphérique des myosites et des arthrites par les instillations sous-cutanées d'histamine*** (*Archives of Surgery*, t. **29**, n° 1, Juillet 1934). — K. a appliqué les traitements par l'histamine de deux façons : soit par des scarifications, soit par cataphorèse. Voici les résultats observés : on observe une dilatation des petits vaisseaux capillaires et artériels et une augmentation de l'afflux sanguin entraînant une hyperhémie et une élévation de la température locale; ces phénomènes durent quelques heures et la durée est d'autant plus longue que le traitement est poursuivi. Lui-même et d'autres auteurs ont étudié ce traitement par l'histamine dans 730 cas dont les résultats sont donnés dans l'article; une grande partie des malades étaient atteints de myosite, la grande majorité a été guérie. Dans la statistique personnelle de l'auteur il s'y rencontre 24 cas de guérison sur 32 cas de myosite; on observe immédiatement une disparition de la douleur et de la sensibilité du muscle et cet effet immédiat est d'un très bon pronostic pour l'avenir. Les myalgies, les douleurs post-traumatiques semblent heureusement être influencées par ce traitement : 5 cas de bursite sous-acromiale, 2 cas de ténosynovite furent guéries de même. Le traitement a été appliqué aussi contre les arthrites, il y eut amélioration dans une grande partie des cas : 14 sur 24 dans la statistique personnelle de K. Mais en conclusion, K. pense tout de même qu'il faut encore une grosse expérience et un matériel thérapeutique important pour pouvoir tirer des conclusions définitives de ce traitement.

F. d'Allaines.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

E. Fraenkel. ***La tuberculose dans les cas d'asthme*** (*British medical Journal*, n° 3845, 15 Septembre 1934). — Il est de notion courante que l'asthme et la tuberculose s'excluent l'un l'autre. Cependant, certains auteurs insistent sur le fait que beaucoup d'asthmes sont d'origine tuberculeuse, environ 10 pour 100.

Sur 369 cas d'asthme observés par F., 16 cas avaient des foyers tuberculeux : 4 avec tuberculose ouverte et bacilles dans les crachats, 4 avec des cavernes sans bacilles et 8 autres avec des foyers tuberculeux cliniques et radiologiques. Un seul cas portait le double diagnostic d'asthme et de tuberculose.

Parmi ces 369 cas, on en trouve encore 36 avec des signes radiologiques certains et 20 avec des lésions cicatrisées. Donc 16,7 pour 100 montraient des preuves de tuberculose présente ou passée.

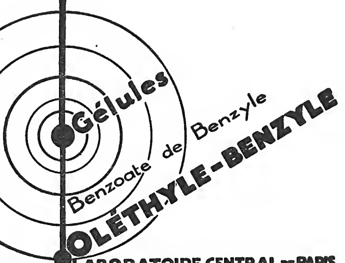
Il faut se méfier des tuberculoses qui peuvent se cacher pendant une longue période de leur évolution sous une symptomatologie d'asthme bronchique.

André Plichet.

A. Gray. ***L'infection fongique du pied. Sa prophylaxie et son traitement*** (*British medical Journal*, n° 3846, 22 Septembre 1934). — L'infection fongique du pied est devenue fréquente depuis une vingtaine d'années. Elle se montre sous différentes formes. Le type intertrigo est le plus fréquent. L'infection fongique siège surtout au niveau du 4e espace interdigital des deux pieds. Elle apparaît comme un épaississement corné, de couleur blanc sale. Le pli interdigital est souvent fissuré et cette fissure se propage au-dessous de l'orteil. Souvent, il se développe en plus un eczéma parfois humide qui peut gagner la plante ou le dos du pied. Des infections secondaires peuvent compliquer cet eczéma. Un second type est réalisé par des vésicules qui gagnent la plante du pied. Enfin, plus rarement existe un type hyperkératosique caractérisé par un épaississement corné de toute la face plantaire, plus marqué au niveau des points de pression.

Le traitement est long et décevant, en raison




Gélules
Benzoate de Benzyle
OLÉTHYLE-BENZYLE
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg St Honoré
PARIS VIIIe


GOUTTES
I.A.M.
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
Antilymphatique puissant
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS, 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures :
LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

de la ténacité de l'infection, réfugiée souvent au niveau de la rainure unguéale, protégée par l'épaississement corné, en raison également de l'impossibilité où l'on est de mettre le patient totalement au repos pour une affection considérée comme négligeable. Il consiste en application de désinfectants tels que le permanganate de potasse, l'alcool iodé et de préparations anti-eczémateuses.

Cette infection se propage surtout par les bains publics et par les endroits où les sujets marchent pieds nus. Il faudrait envisager des mesures prophylactiques telles que de verser des solutions antiseptiques dans l'eau des établissements de bains et d'exiger le port de sandales en caoutchouc.

André Plichet.

Sydney Smith et **E. Hendry.** ***L'arsenic et ses relations avec les tissus épidermiques*** (*British medical Journal*, n° 3849, 13 Octobre 1934). — Au point de vue médico-légal, dans les empoisonnements par l'arsenic, l'analyse des phanères cutanés est importante. Quand on plonge des tissus épidermiques dans une solution d'arsenic, il y a une absorption mesurable. Cette quantité d'arsenic peut être enlevée par des lavages successifs dans de l'eau distillée. S. et H. ont cherché à mesurer cette absorption en faisant tremper dans des solutions d'arsenic, pendant un temps plus ou moins long, une quantité déterminée de cheveux. Le maximum d'arsenic, trouvé dans leurs recherches, a été de 5 milligr. pour 100 grammes de cheveux. La quantité absorbée par les ongles est plus grande encore.

La distribution, dans les cheveux, de l'arsenic absorbé n'est pas uniforme. Ou bien, l'arsenic se trouve en certains endroits du cheveu en grande quantité et à d'autres en quantité infinitésimale, lorsqu'il y a eu administration du toxique de façon discontinue; ou bien, dans le cas d'un traitement prolongé, l'arsenic se rencontre en quantités importantes à la base du cheveu. Mais l'arsenic absorbé par le cheveu *in vivo* ne peut être enlevé par un bain prolongé, alors que l'arsenic absorbé par le cheveu *in vitro* disparaît par des rinçages répétés.

André Plichet.

H. Morloch et **A. Scott Pinchin.** ***Hémoptysie. Pathologie et traitement*** (*British medical Journal*, n° 3851, 27 Octobre 1934). — Les hémorragies des poumons et des intestins ne peuvent être arrêtées par les moyens chirurgicaux ordinaires et présentent par conséquent des problèmes particuliers.

La thérapeutique doit avoir une action locale en augmentant la coagulabilité du sang et en provoquant la formation d'un caillot, une action générale en mettant au repos l'organe qui saigne.

Les médicaments, usités pour le premier but à atteindre, sont le calcium, les sérums hémostatiques, le sérum de cheval.

L'administration de morphine et autres calmants peut avoir des suites dangereuses spécialement dans les hémoptyies et provoquer des lésions mécaniques nouvelles par suite de la chute dans les bronches terminales du sang qui n'a pas été expulsé par la toux. Il est donc mauvais d'abolir le réflexe de toux.

L'emploi de rouge congo en injection intraveineuse comme hémostatique produit de bons effets. Il augmente les monocytes, les plaquettes, la fibrine sanguine et raccourcit le temps de saignement. La dose pour adulte est de 10 cmc d'une solution à 1 pour 100. Les doses plus fortes peuvent amener des accidents.

Le traitement par l'adrénaline ne semble pas donner des résultats probants.

André Plichet.

C. Bamford. ***Remarques sur la malariathérapie*** (*British medical Journal*, n° 3851, 27 Octobre 1934). — La malariathérapie est encore le meilleur traitement que nous possédions actuellement contre la paralysie générale. Les parasites des fièvres tierces et quartes bénignes ont été employés. La fièvre quarte est moins satisfaisante parce que moins sensible à l'action de la quinine.

B. rapporte un cas où après l'attaque de fièvre quarte calmée par la quinine, le malade présenta de l'hémoglobinurie, de l'ictère et de l'anémie. Cependant, cette souche avait été inoculée chez deux femmes auparavant et en même temps chez un homme sans que ces sujets aient présenté des symptômes alarmants. Il est possible que, dans ce cas, ces accidents aient été déclenchés par l'administration de la quinine.

André Plichet.

K. Tallermann. ***Crises de vomissements récurrents chez l'enfant*** (*British medical Journal*, n° 3851, 27 Octobre 1934). — Chez 40 enfants atteints de crises de vomissements, T. s'est efforcé de découvrir un état allergique. L'examen resta muet à ce sujet chez les malades, mais dans leurs antécédents familiaux on trouva un pourcentage plus grand de phénomènes allergiques que dans les antécédents d'autres enfants pris comme témoins.

Cependant, chez ces enfants, on remarqua une association fréquente avec des migraines s'accompagnant parfois de scotome scintillant et il est probable que ces crises de vomissements sont des manifestations atypiques de migraine.

Le traitement consista spécialement en la restriction des graisses. Dans certains cas particuliers de sensibilisation spéciale à un aliment, la suppression de celui-ci amena la guérison. Contre les violentes crises de migraine, le luminal reste un bon médicament. 37 malades sur 40 furent améliorés par le régime et cette amélioration persista avec la reprise du régime ordinaire.

André Plichet.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

L. Beltrametti. ***Les variations du volume du sang circulant provoquées par certaines hormones*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **58**, n° 10, Octobre 1934). — Dans les quelques minutes qui suivent l'injection intramusculaire de 1 milligr. d'adrénaline, on peut observer des variations en plus ou en moins de la masse sanguine totale, de la masse globulaire et de la masse plasmatique; les variations les plus constantes sont celles de la masse globulaire qui diminue dans les trois quarts des cas. 20 minutes après l'injection, les variations sont plus régulières et, dans presque tous les cas, chez les sympathicotoniques comme chez les autres, les trois masses augmentent.

L'action de l'extrait post-hypophysaire est dans l'ensemble comparable à celle de l'adrénaline, quoique moins accentuée et moins régulière. Après injection de thyroxine (2 milligr.), on constate le plus souvent l'augmentation des trois masses, mais la masse plasmatique augmente bien plus que la masse globulaire; l'insuline (20 unités) agit très sensiblement comme la thyroxine.

Après injection d'adrénaline, la protéinémie varie parallèlement à la masse plasmatique vers la 20e minute, mais, peu après l'injection, ses variations sont irrégulières plutôt dans le sens de la diminution, sans rapport avec celles de la masse plasmatique. Après injection de pituitrine, la protéinémie varie le plus souvent en sens opposé de la masse plasmatique; après injection de thyroxine, la protéinémie diminue en général, indépendamment de la masse plasmatique; après injection d'insuline, la protéinémie diminue le plus souvent.

Ces variations complexes des protéines du sang après l'injection d'hormones doivent dépendre d'un double mécanisme: variations de la masse plasmatique, apport ou soustraction de protéines en circulation. Les résultats de B. sont souvent opposés à ceux des autres auteurs et lui-même a parfois noté des réactions en sens variés; nombreux sont les facteurs susceptibles d'influencer les résultats: moment de la recherche, dose et origine du produit, technique des examens, état du sujet; ce dernier facteur semble le plus important et toutes choses étant égales, la réaction dépend de l'excitabilité plus ou moins grande du système neuro-végétatif.

Lucien Rouquès.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(Paris)

Grandclaude et **Gérard Maurel.** ***Les tumeurs à myéloplaxes des maxillaires*** (*Revue odontologique*, année **57**, n° 7, Octobre 1934). — G. et M. rapportent 4 observations nouvelles de tumeurs à myéloplaxes. Ils insistent sur la rareté de ces néoplasmes. En 35 ans au John Hopkins Hospital, figurent 22 cas de tumeurs à myéloplaxes: 2 intéressant le temporal, 14 le maxillaire inférieur, et 6 le maxillaire supérieur. Ce sont des tumeurs des jeunes. Le diagnostic en est difficile au début, car il n'y a pas de signes fonctionnels, mais un point important est l'existence d'une denture saine. La limite de la tumeur manque souvent de précision, sa consistance est cartilagineuse, et sa surface parfois mamelonnée. Les méthodes extra-cliniques sont de rigueur: radiographie avec image lacunaire et lignes de refends, ponction négative, biopsie qui ne doit pas être faite en surface mais comme une véritable ostéotomie exploratrice. L'examen histologique portera avant tout sur le stroma. Dans les tumeurs à myéloplaxes, le stroma est sans anomalie, tandis que dans les sarcomes à myéloplaxes, on y retrouve tous les signes de malignité.

C. Ruppe.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Genève-Lausanne)

B. Wiki (Genève). ***De l'action pharmaco-dynamique du magnésium*** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, t. **54**, n° 11, 25 Octobre 1934). — Des expériences faites chez les lapins montrent que le magnésium, même à dose élevée intraveineuse (0 gr. 56 à 1 gr. par kilogramme de sulfate de magnésie), n'a pas une action véritablement anesthésiante. Chez le lapin, immobilisé par le magnésium et paraissant tombé dans un sommeil anesthésique, la moelle a conservé sa conductibilité, au moins dans le sens centripète, et des excitations sensitives ou la faradisation d'un nerf mixte sont capables de susciter des phénomènes cardiaques vasculaires et respiratoires. Ces réactions n'existent pas chez un animal anesthésié par l'éther, le chloroforme ou tout autre anesthésique général.

Le magnésium, introduit en quantité suffisante dans la circulation, produit une sorte de curarisation. Il paraît être un analgésiant, en paralysant les terminaisons sensitives périphériques; il est peut-être un dépresseur du cerveau agissant dans certaines conditions comme un somnifère, son action anesthésiante générale n'est pas prouvée. L'injection d'un sel de calcium fait disparaître l'analgésie, la curarisation, la flaccidité et réveille le lapin.

Robert Clément.

E. Frommel. *Hormones circulatoires hypotensives (Leur place en physiologie cardio-vasculaire)* [*Revue médicale de la Suisse romande*, t. **54**, n° 11, 25 Octobre 1934]. — Parmi les substances capables de modifier le tonus vasculaire, on peut distinguer 2 classes, les hypertenseurs et les hypotenseurs. Parmi les premiers, on peut ranger l'adrénaline et l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, deux substances hormonales dont l'action est connue.

Les hypotenseurs comprennent de nombreuses substances que l'on retrouve dans presque tous les organes, constituées vraisemblablement par des produits du métabolisme cellulaire, qui ne méritent donc pas le nom d'hormones au sens strict de ce terme.

La choline, les éthers de la choline se trouvent dans le sang et dans la rate, particulièrement au cours de certains cycles physiologiques et pathologiques. L'histamine joue un rôle important dans les processus pathologiques entraînant une désintégration cellulaire.

Le troisième sous-groupe des substances organiques hypotensives comprend les hormones dites « cardio-vasculaires » qui se rencontrent non seulement dans le cœur, mais dans tous les organes vascularisés. Les substances de ce groupe semblent dérivées pour la plupart de la désintégration moléculaire de l'acide nucléique sous l'influence de ferments. Elles sont à la base de certaines préparations spécialisées.

La substance extraite du muscle strié abaisse, de façon brutale et éphémère, la pression artérielle du lapin et n'entraîne aucune accoutumance, ni aucune intoxication. Elle produit une vasodilatation généralisée, mais ne modifie pas sensiblement le complexe électro-cardiographique, ni l'aire cardiaque sur les radiographies en série. Celle qui est retirée du foie a, chez le lapin, une action identique, mais l'hypotension est généralement suivie d'une période d'hypertension qu'accompagne souvent un rythme couplé extra-systolique bien visible à l'électro-cardiographe.

L'hormone hypotensive, que l'on retire des urines et qui serait excrétée par le pancréas, a une action plus prolongée sans aucun trouble électro-cardiographique.

L'injection intra-veineuse de ces 3 substances n'est pas capable d'abaisser la pression artérielle du lapin au moment de l'hypertension adrénalinique ou de l'hypertension hypophysaire; elle ne modifie pas l'atypie du complexe électro-cardiographique propre au lobe postérieur d'hypophyse. L'action des hormones hypertensives l'emporte donc expérimentalement sur celle des substances hypotensives organiques.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

E. Ganz. *L'épidémie de grippe de 1933 à Zurich* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 40, 6 Octobre 1934). — En Suisse, l'acmé de l'épidémie de grippe de 1933 serait survenu, d'après le Bulletin de l'Office d'Hygiène fédéral, entre le 5 et le 11 Février. A Zurich, l'épidémie a duré environ six semaines pour cesser au début de Mars. Le total des cas observés à la clinique médicale a été de 256 contre 358, en 1932. Pour l'ensemble de la ville, on compte 6.191 cas avec 39 décès, chiffres légèrement plus faibles qu'en 1932.

La grippe fébrile, qui a fait 134 cas dont 53 hommes et 81 femmes, a été caractérisée presque constamment par une courbe à un seul sommet et par la rareté des complications (sinusite, otite, psychose, entérite, pseudo-appendicite). La grippe bronchique a été observée dans 53 cas généralement sans complications. Cette forme augmente de fréquence avec l'âge des malades.

Malgré une fièvre élevée chez les grippés sans complications, la leucocytose est inférieure à 7.000 dans 89 pour 100 des cas. Les monocytes ont atteint au maximum 26 pour 100. L'examen de l'expectoration a été pratiqué dans 19 cas et on a trouvé 14 fois du pneumocoque IV et 3 fois du bacille de Pfeiffer associé une fois au pneumocoque III.

La pneumonie grippale a été observée 69 fois. Dans 9 cas, il s'agissait d'une broncho-pneumonie hémorragique avec trachéo-bronchite, parfois les symptômes cliniques étaient nets (expectoration sanglante, état général toxique); parfois encore, le diagnostic de la forme n'a été fait qu'à l'autopsie (2 cas). La leucopénie a été observée dans 5 de ces cas. Chez un sujet, il y a eu pneumonie grippale avec fonte caverneuse aiguë et on a retrouvé de l'entérocoque dans la rate et dans les poumons.

Une troisième forme comprend 28 cas de pneumonie lobaire dont 12 fois au pneumocoque IV, 3 fois au pneumocoque II. La leucocytose a été constante.

La quatrième forme comprend les bronchopneumonies assez circonscrites avec 24 cas. Une des malades de ce groupe est morte non pas de pneumonie, mais d'encéphalite grippale. Elle a présenté de la raideur de la nuque, du trismus, du clonus du pied, du spasme de la jambe, etc. A l'autopsie, on constate dans le cerveau des hémorragies punctiformes parfois disposées en feuillets et abondantes surtout dans les lobes frontaux. Dans 7 cas, il s'est agi de broncho-pneumonie avec bronchite diffuse due 4 fois à du pneumocoque IV.

Le poids de la rate chez les malades autopsiés n'est pas très significatif, car il y avait souvent complications pulmonaires qui suffisent pour augmenter le volume de cet organe. Dans 3 cas non compliqués, la rate a pesé 80, 95 et 60 gr. Elle n'était donc pas augmentée tandis qu'elle a pesé de 90 à 235 gr. (165 gr. en moyenne) dans les cas compliqués de pneumonie et 127 à 255 gr. (233 gr. en moyenne) quand il y a eu complications de pleurésie.

Les malades ont été traités symptomatiquement. Dans la pneumonie, il n'a pas été donné d'antipyrétique. On a surtout eu recours aux stimulants périphériques (sympatol, caféine, camphre). Les gouttes de Eichhorst (digalène, teinture de strychnine, teinture de quinine, ââ XX gouttes au plus toutes les 2 heures) ont paru donner de bons résultats.

P.-E. Morhardt.

P. F. Nigst. *Cas d'ascite ponctionné 250 fois par cirrhose péricarditique de Pick (intestin, foie, rate glacés et cœur en cuirasse) après ostéomyélite aiguë* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 64, n° 42, 20 Octobre 1934). — Il s'agit d'un homme, né en 1870, qui, au début de 1918, présente une ostéomyélite typique du fémur survenue à la suite d'une légère contusion du genou. L'année suivante, on observe l'apparition d'ascite qu'on attribue à une thrombose de la veine porte. Une opération de Talma est refusée. Le cœur est normal pendant un certain temps. Mais bientôt le pouls devient irrégulier et les ponctions de l'ascite doivent être répétées toutes les 5 à 6 semaines. On constate, en 1921, que le foie est fortement augmenté de volume et descend jusqu'au-dessous de l'ombilic. L'état du malade persiste sans grands changements jusqu'en 1931 où il commence à s'aggraver (ponction de la plèvre droite) et la mort survient à la fin de 1933. Il avait été fait à ce moment-là 250 ponctions d'ascite soit en moyenne 15 par an ayant donné chacune, à l'origine 15, plus tard 10, et en dernier lieu 6 litres.

L'autopsie a montré qu'il s'agissait non pas d'une thrombose de la veine porte, mais d'une pseudo-cirrhose hépatique péricarditique de Pick avec péritonite encapsulée ou intestins glacés. En 1928, Blumenthal a pu réunir 31 cas de ce genre dans lesquels, en général, il n'a pas été observé d'ascite. On doit donc distinguer deux formes. Celle dans laquelle cette affection est due à une polysérosite chronique fibreuse comme c'est le cas dans l'observation de N. et celle dans laquelle l'intestin glacé représente un syndrome autonome.

Sur le cœur, on a trouvé une cuirasse calcaire de 5 mm. d'épaisseur et de 5 cm. de largeur. Le diagnostic n'en a pas été fait pendant la vie faute d'avoir procédé à une radiographie. L'auscultation ne donnait d'ailleurs rien. Dans ce cas, la polysérosite doit être évidemment rattachée à l'ostéomyélite. Ce qu'il y a de plus caractéristique dans les cas de ce genre, c'est l'ascite et la faiblesse de la circulation.

P.-E. Morhardt.

HELVETICA MEDICA ACTA
(Bâle)

Hans Guggisberg. *Glandes sexuelles féminines et échanges* (*Helvetica Medica Acta*, t. **1**, n° 3, Octobre 1934). — Après avoir résumé les résultats souvent contradictoires des recherches faites à propos de l'action des glandes sexuelles féminines sur le métabolisme de base, les échanges hydrocarbonés, protéiniques ou minéraux, G. expose ses propres expériences qui ont porté sur des rats. Il a ainsi pu constater que pour les femelles de rats à jeun, la production de CO^2 par kilo et par heure s'élève à 2,177 gr., la consommation de O^2 à 2,185 gr. et l'élimination des calories à 7,387. En reprenant ses expériences pendant la période de l'œstrus et pendant la période intermédiaire, il n'a été constaté aucune différence qui dépasse d'une façon significative les variations physiologiques. L'hormone du rut n'a donc aucune influence sur le métabolisme. Ses recherches ont été reprises chez 20 rats femelles castrés. Les résultats n'ont pas été différents de ceux qui avaient été constatés chez des animaux normaux, que la détermination ait été faite quatre semaines ou plusieurs mois après la castration.

En administrant à ces femelles castrées des hormones ovariennes (progynon, hormone cristallisée, menformon, undène, hormovarine, oestroglandol, folestrine) il a été constaté que la provocation du rut par une de ces hormones n'a pas la moindre influence sur la consommation d'oxygène. On observe assurément certaines variations, mais celles-ci n'ont jamais le même sens.

Par contre, en administrant de l'hormone thyroïdienne, il a été obtenu des augmentations du métabolisme extrêmement nettes au cours desquelles la consommation d'oxygène passait de 2,657 à 3,436 ou de 2,599 à 3,312, etc.

Chez 5 malades présentant une insuffisance manifeste de la fonction ovarienne (3 cas d'hypoplasie et 2 cas d'aménorrhée par atrophie utérine) on a également déterminé le métabolisme de base et constaté que les valeurs ne diffèrent pas de celles observées chez les sujets normaux. Ces 5 malades ont été traitées par des doses extrêmement élevées d'hormone ovarienne allant de 20.000 à 290.000 unités-souris (progynon) sans qu'il ait été ainsi déterminé d'augmentation de la consommation d'oxygène.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

M. Péhu. ***L'ictère grave familial du nouveau-né*** (*Paris Médical*, t. 24, nº 44, 3 Novembre 1934). — Il s'agit d'une variété particulière d'ictère survenant chez le nouveau-né, suivant un type familial, comportant un pronostic sévère ou fatal et faisant partie d'un groupe spécial d'érythroblastose.

C'est une affection rare. L'accouchement est normal, le plus souvent, il n'y a aucun incident obstétrical; les enfants sont à terme, de poids satisfaisant. L'ictère se montre dans les heures qui suivent la naissance, sa teinte devient de plus en plus accusée et atteint le jaune brun ou le jaune vert. Les selles sont d'abord méconiales, puis colorées et même bilieuses, le foie et la rate sont hypertrophiés, pas d'ascite. Souvent, il y a un peu de diarrhée. En état d'abattement ou de torpeur, les nourrissons tètent mal, présentent parfois des convulsions toniques ou cloniques ou de l'hypertonie généralisée. Ces manifestations surviennent dans le cours des 3e et 4e journées et fréquemment précèdent la mort. L'ictère s'accompagne souvent d'hémorragies, précoces, cutanées, discrètes ou tardives du moignon ombilical.

L'élément capital diagnostique est la teneur insolite du sang en érythroblastes; de 0.50 à 3 par millimètre cube, ils passent à 10.000, 50.000 et même plus de 100.000 par millimètre cube.

Le temps moyen de survie est de 10 à 12 jours; cependant, il existe quelques cas où des enfants, ayant échappé à la mort dans les premiers jours, présentent, au cours de la première et la seconde année, des troubles psychiques et moteurs graves, et même quelques observations de guérison complète.

Il s'agit d'un trouble profond dans l'évolution du système hémopoïétique, ce dernier conservant à la naissance, le caractère embryonnaire qu'il possède entre le 3e et le 5e mois de la vie *in utero*.

Ce syndrome possède des relations de parenté avec les autres érythroblastoses, l'anasarque fœto-placentaire type Schridde et l'anémie grave des nouveau-nés, et on peut aussi lui trouver des liens avec les leucémies congénitales et l'ictère nucléaire. Le caractère familial est des plus nets, plusieurs enfants présentant successivement cet ictère ou l'anasarque fœtoplacentaire. La syphilis n'est certainement pas en cause et le traitement antisyphilitique pendant la grossesse est inopérant et dangereux. L'hépatothérapie pendant les derniers mois de la grossesse et le régime lacté de la mère ont été proposés comme moyens prophylactiques.

La thérapeutique consiste dans des transfusions ou des injections sanguines, le plus tôt possible après la naissance. Les résultats obtenus jusqu'à présent sont favorables.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL

(Paris)

M. Anglade et **Ch. Rosenrauch.** ***La forme hémorragique de l'amibiase intestinale latente*** (*Le Progrès médical*, Année 42, nº 45, 10 Novembre 1935). — Il semble que l'amibiase intestinale soit de plus en plus fréquente chez les sujets n'ayant jamais quitté la métropole. Elle est d'autant plus redoutable qu'elle prend souvent des formes anormales, « camouflées » ou larvées, qui simulent diverses affections, notamment les tumeurs de l'intestin. A. et R. attirent l'attention sur une forme latente qui ne s'extériorise que par des entérorragies plus ou moins brutales. Ils rapportent 3 observations d'hommes entre 21 et 30 ans, paraissant absolument sains qui, brusquement et sans cause apparente, présentèrent des hémorragies intestinales abondantes et brutales. Dans une de ces observations, il y eut même une hématémèse, mais l'abondance du sang rouge évacué par le rectum orientait plutôt l'examen vers la région sigmoïdo-rectale. Les examens des selles, négatives à la période du flux hémorragique, permirent plus tard de mettre en évidence des amibes dysentériques et de déceler ainsi la cause de ces entérorragies qu'il était difficile jusque-là de rattacher à une cause précise.

Dans certains cas, il semble que les ulcérations amibiennes de l'intestin puissent passer inaperçues jusqu'à ce qu'elles se révèlent par une hémorragie plus ou moins abondante. En présence de tout syndrome abdominal mal défini, il est bon de penser, même en France, à la possibilité d'une amibiase intestinale atypique.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST

(Nancy)

G. Etienne, P.-L. Drouet, L. Collesson et **Neimann.** ***Recherches sur l'état humoral dans l'artérite sénile des membres inférieurs*** (*Revue médicale de l'Est*, t. 62, nº 19, 1er Octobre 1934). — La tendance actuelle est de considérer l'artérite sénile comme étant due à des perturbations d'ordre métabolique retentissant sur les artères. Il est donc intéressant d'étudier l'état humoral de ces sujets.

Les recherches ont porté sur 31 vieillards (19 hommes et 12 femmes) : 17 avaient une artérite sénile des membres cliniquement avérée ayant abouti chez bon nombre à une gangrène plus ou moins étendue; 14 ne présentaient que des signes latents d'artérite décelables par l'examen oscillométrique. Chez tous, on a déterminé le taux du cholestérol, du calcium et de l'acide urique dans le sérum sanguin. Chez 23, on a dosé la glycémie à jeun et, dans 22 cas, une courbe de glycémie a été établie après ingestion de 50 gr. de glucose.

De ces recherches, il résulte que la cholestérinémie et l'uricémie varient dans les 2 sens, soit en plus, soit en moins sans présenter de modifications caractéristiques.

Dans 50 pour 100 des cas, des malades atteints de forme oblitérante avec gangrène, la calcémie était élevée.

L'étude de la glycémie à jeun donne des résultats variables tandis que l'épreuve d'hyperglycémie provoquée montre l'existence quasi constante d'un trouble de la glyco-régulation, se traduisant par une augmentation parfois notable de l'aire glycémique. Cette constatation permet de rapprocher l'artérite sénile de l'artérite diabétique et de la ranger dans les états paradiabétiques.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

W. Schilling. ***Xanthélasma et ictère*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, nº 26, 29 Juin 1934). — Il s'agit en réalité, dans le cas relaté par S., d'une xanthomatose avec cirrhose hépatique dans laquelle l'ictère a précédé les lésions cutanées et c'est pour respecter la nosologie antérieurement établie que l'auteur la présente sous le nom de xanthélasma et ictère.

La malade, suivie pendant 2 ans, avait eu tout d'abord un ictère grave avec hypertrophie du foie puis survinrent peu à peu de grandes plaques de xanthélasma du visage. L'autopsie montra une cirrhose hépatique.

La rétention cholestérinique était, à l'inverse des cas antérieurement publiés, constituée surtout par la cholestérine libre tandis que les éthers cholestériniques étaient normaux.

On peut donc distinguer 2 types de cholestérinémies selon qu'il s'agit de l'une ou l'autre des formes de cholestérines. Des essais diététiques ont permis d'étudier chez cette malade le cycle de la cholestérine.

S. interprète les faits observés en admettant que la plupart des xanthomatoses ont pour base un trouble de l'élimination de la cholestérine. Lorsque le foie est intact, la cholestérine est retenue par le malade dans ses humeurs sous forme d'éther. Si le foie est atteint par la xanthomatose, la transformation de la cholestérine est troublée, de même que lors de toute altération hépatique quelle qu'en soit la cause.

G. Dreyfus-Sée.

K. Westphal et **W. Kuckuck.** ***Spasmodicité gastrique et ulcère peptique : leur étiologie et leur thérapeutique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, nº 27, 6 Juillet 1934; nº 28, 13 Juillet 1934; nº 30, 27 Juillet 1934). — Les notions modernes, concernant les affections gastriques, s'appuient sur 3 modes d'exploration nouveaux : gastroscopie, examen histologique de la muqueuse fraîchement prélevée au cours d'une opération, examen radiologique de l'estomac. Le nom de gastrite, appliqué à une série de processus essentiellement différents, ne peut donc plus être considéré comme satisfaisant.

Un complexe symptomatique paraît en particulier justifier une description spéciale le distinguant nettement des gastrites infectieuses ou post-infectieuses : c'est l'*estomac spastique* comprenant des malades atteints d'affection simulant un ulcère duodénal.

Pour étudier ces malades W. et K. ont employé une méthode analogue au cyto-diagnostic de Loeper et Marchal, qui leur a permis de dissocier les phénomènes inflammatoires ou infectieux des troubles dus à l'état spastique gastrique simple.

Parmi ces derniers, on peut différencier les formes hyperspastiques du premier ou deuxième degré et les formes hypospastiques. Dans les formes hyperspastiques du premier degré, il s'agit de malades jeunes, 14 à 30 ans, présentant des troubles qui dépassent rarement 1 à 5 années et qui se reproduisent avec une périodicité analogue à celle des ulcères avec douleurs précoces ou tardives.

De temps à autre, ce tableau clinique est secondaire à une hernie épigastrique ou une affection vésiculaire ou un calcul rénal, ou même relève d'une origine psychique chez de jeunes femmes névropathes.

Au deuxième degré, c'est l'importance des replis de la muqueuse gastrique vérifiée par gastroscopie qui attire l'attention. L'acidité est habituellement très augmentée, le nombre de cellules est également plus grand que dans les premiers jours (4 à 600 éléments avec 60 à 70 pour 100 de leucocytes) tout en restant très au-dessous des chiffres

de gastrites infectieuses (3.000 éléments avec 70 à 80 pour 100 de leucocytes).

Cette forme peut aussi être secondaire (intoxication nicotinique ou saturnine, etc.); parfois même, elle relève d'un ulcus gastrique ou duodénal.

Ces formes sont à rapprocher de certaines altérations étendues de la muqueuse par absorption excessive d'alcalins donnés à titre thérapeutique ainsi que des modifications pathologiques consécutives aux gastro-entérostomies pour ulcères récents dans lesquels l'excès de suc intestinal alcalinisé par la bile et les ferments pancréatiques joue un rôle analogue aux médications alcalines.

Les estomacs hypospastiques s'observent chez des sujets avec stigmates neuro-végétatifs, nervosisme, légère hyperthyroïdie. Ils présentent un syndrome clinique faisant penser à un ulcère mais leur liquide gastrique a une acidité diminuée ou parfois même on note de l'achylie. Le nombre de cellules n'est pas augmenté dans le suc gastrique.

L'étude des réactions de la muqueuse gastrique après excitation du vague et du sympathique, jointe aux constatations cliniques et à l'examen du liquide gastrique des divers types hyper et hypospastiques, permet de mieux comprendre le déterminisme de l'estomac spastique et les stades initiaux des ulcères digestifs. On peut, en effet, reproduire expérimentalement les divers signes considérés comme caractéristiques des gastrites et qui relèvent en réalité d'un hyperfonctionnement de la muqueuse et de sa *muscularis mucosae* avec une hypersécrétion et une hypervascularisation.

L'estomac hyperspastique présente un tableau clinique analogue à celui obtenu par excitation expérimentale du vague, alors que l'hypospastique correspondrait à l'excitation du sympathique.

La première forme est souvent pré-ulcéreuse, l'ulcère se développant ultérieurement en 1 ou 2 ans. Cet estomac hyperspastique peut être considéré comme une affection gastrique fonctionnelle comparable à l'asthme bronchique avec hyperréaction vis-à-vis de l'excitation physiologique de l'alimentation.

Pour éviter la formation des érosions peptiques il importe d'employer les médications inhibant les réactions vaso-motrices excessives et diminuant la leucopédèse. En second lieu, il faut enrayer la sécrétion acide et ceci sans employer les alcalins nocifs à haute dose.

L'atropine détermine à ces divers points de vue un effet favorable mais de trop courte durée (1 heure) et son action doit être renforcée. Il importera donc d'instituer un régime qui restreigne ou supprime les excitants de la sécrétion gastrique: en particulier les épinards, les choux, la viande surtout dont les substances extractives ont un rôle très actif (Chez des sujets moins sensibles, on peut autoriser la viande cuite deux fois). Le lait aussi est parfois mal toléré.

L'essai de cure d'huile a fourni des résultats très favorables et on devra en prescrire l'absorption avant chaque repas (5 à 10 cmc d'huile d'olive). On obtient, en effet, ainsi un abaissement du taux d'acidité gastrique, une diminution de l'hyperhémie capillaire et une restriction nette de la réaction cellulaire provoquée par l'absorption ultérieure des aliments.

Le traitement diététique et médicamenteux, institué sur ces bases logiques, est facile à effectuer et à prolonger autant que besoin. Il a fourni à W. et K. des résultats justifiant leurs espoirs.

G. Dreyfus-Sée.

W. Löffler. ***Les pseudo-configurations pathologiques du cœur*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, n° 29, 20 Juillet 1934). — Sous le nom de configuration cardiaque, on entend l'image radiologique du cœur caractéristique de telle ou telle affection: on peut ainsi parler de « configuration mitrale », etc.

Se défendant de jamais porter un diagnostic sur une image radiologique seule, L. met cependant les cliniciens et radiologues en garde contre des aspects anormaux simulant l'une de ces configurations et dont la cause est extra-cardiaque. Ces pseudo-configurations pourraient à tort éveiller la suspicion et faire croire à une lésion cardiaque non décelée par l'examen clinique.

C'est ainsi que des images pulmonaires ou pleurales peuvent modifier l'ombre cardiaque en simulant des dilatations auriculaires et faire porter le diagnostic radiologique de lésion congénitale cardiaque, de cœur mitral, etc.

La connaissance de ces fausses images est indispensable à qui veut interpréter justement les radiographies des organes thoraciques.

G. Dreyfus-Sée.

Uechlinger. ***Contribution au diagnostic différentiel de la tuberculose associée à la silicose pulmonaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, n° 29, 20 Juillet 1934). — A propos de 2 cas de tuberculose associée à la silicose pulmonaire, U. insiste sur les difficultés du diagnostic différentiel de la silicose pure, la tuberculose pure, et les formes associées.

Les lésions asymétriques prédominant sur l'un des poumons sont habituellement tuberculeuses, mais ne se rencontrent que dans les formes bronchogènes et non dans les infections hématogènes (granulies). Dans les formes mixtes, les règles habituelles de localisation (tuberculose au sommet, silicose partie moyenne) sont rarement respectées. En général, dans ces cas, l'image radiologique de sujets dont la profession évoque l'idée de silicose révèle bien des lésions typiques de cette affection et c'est la présence de foyers tuberculeux extra-pulmonaires qui vient faire la preuve de l'infection bacillaire.

G. Dreyfus-Sée.

K. Hellinghoff. ***Urémie par privation de sel*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, n° 30, 27 Juillet 1934). — A propos de 4 cas d'urémie par hypochlorémie, H. a pu étudier l'élimination urinaire des ferments démontrant l'insuffisance rénale fonctionnelle.

Normalement, la diastase se trouve à des taux variant de 16 à 64. Au-dessous de 16, et surtout à moins de 8 on peut conclure à une lésion grave pancréatique ou une insuffisance rénale.

Les malades de H. avaient à la fois une diminution de l'amylase dans leurs urines et un excès dans leur sang.

Ces résultats démontrent donc l'insuffisance rénale dans l'urémie hypochlorémique et confirment la conception de l'insuffisance fonctionnelle rénale, cause de l'augmentation d'urée dans le sang. La rapide élimination des ferments après rétablissement des échanges humoraux montre bien qu'il s'agit de troubles fonctionnels.

Les conséquences cliniques et thérapeutiques de la conception d'une urémie par carence chlorurée sodique ont été maintes fois mises en évidence.

G. Dreyfus-Sée.

A. Gins. ***Relations bactériologiques entre l'appendice et la cavité buccale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, n° 39, 28 Septembre 1934). — L'examen bactériologique systématique des appendices prélevés lors d'opérations chirurgicales a montré l'existence de nouvelles espèces de microbes anaérobies non producteurs de spores, analogues à ceux qui avaient été cultivés après prélèvements gingivaux (au pourtour des dents) et tonsillaires. L'origine et la signification pathologique de ces espèces microbiennes demeure inconnue, mais il est possible que leur rôle ne soit pas négligeable dans la pathogénie de l'appendicite et les recherches entreprises à ce sujet devront en tenir compte.

G. Dreyfus-Sée.

L. Rœmheld. ***Critique de la valeur des troubles des réflexes pupillaires (Signe d'Argyll Robertson)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, n° 41, 12 Octobre 1934]. — Erb admettait que le tableau clinique du tabes et en particulier le signe d'Argyll Robertson relèvent dans 90 à 93 pour 100 des cas de l'infection syphilitique. La différenciation avec le pseudo-tabes métatraumatique avec troubles des réflexes pupillaires peut se faire aisément, car les manifestations pupillaires sont différentes. Dans le tabes vrai, les réactions à la distance et la convergence se font normalement et rapidement, tandis qu'elles sont lentes, parfois même de type myotonique, dans le pseudo-tabes. Souvent, l'immobilité pupillaire est unilatérale dans le pseudo-tabes. Le diamètre pupillaire est variable dans les accidents post-traumatiques alors que les tabétiques ont toujours du myosis. Ces notions sont d'autant plus importantes à connaître que les cas de pseudo-tabes méta-traumatique seraient selon R. assez fréquents, de telle sorte que le diagnostic différentiel avec le tabes vrai se poserait souvent. Il est donc indispensable de préciser les signes permettant d'éviter des erreurs de diagnostic dont les conséquences seraient graves.

G. Dreyfus-Sée.

A. Memmesheimer. ***La ponction sous-occipitale des syphilitiques peut-elle être pratiquée chez des malades ambulatoires?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, n° 41, 12 Octobre 1934). — M. est fermement partisan de la ponction sous-occipitale pratiquée au cabinet du médecin chez les malades ambulatoires. Trop fréquemment le syphiligraphe se heurte au refus de malades redoutant la ponction lombaire même pratiquée avec une aiguille fine, et hésitent à entrer dans une clinique pour y subir une ponction sous-occipitale. Or, l'absence de vérification du liquide céphalo-rachidien risque de laisser passer inaperçue une lésion débutante du système nerveux central susceptible d'entraîner ultérieurement des conséquences graves. Ces malades auraient pu être préservés par un traitement énergique si le médecin avait pratiqué chez eux une ponction sous-occipitale dans son cabinet et leur avait démontré la nécessité de la thérapeutique intense et prolongée.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

C. Henschen. ***Reviviscence du cerveau par transfusion ou ré-infusion de sang artériel saturé d'oxygène dans l'artère carotide primitive*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 81, n° 25, 22 Juin 1934). — On sait que le cœur et les poumons conservent assez longtemps la faculté de reprendre un fonctionnement normal après un arrêt absolu. Mais circulation et respiration ne peuvent être rétablies au point de déterminer la reprise de la vie interrompue, que si le cerveau, centre vital, peut être ramené à la vie. Le problème de la reviviscence doit donc résoudre avant tout la question de la réanimation cérébrale. Tous les essais entrepris chez les sujets en état de mort apparente (asphyxiés, électrocutés, noyés, etc.) pour rétablir la circulation par transfusion sont en conséquence voués à l'échec, ainsi que les tentatives de respiration artificielle: le rythme respiratoire et circulatoire ne reprend pas son fonctionnement anatomique tant que l'impulsion nerveuse centrale ne se produit pas. Le traitement efficace de ces états

doit donc être entrepris méthodiquement en tenant compte des notions physiologiques.

1° Remplir de nouveau le système artériel qui est vide de sang et en même temps éliminer la stase veineuse et pulmonaire d'autant plus dangereuse qu'elle risque de provoquer ultérieurement des accidents pulmonaires : la saignée abondante par ponction d'une veine périphérique ou directement d'un gros vaisseau ou même par ponction cardiaque remplit cette 1re indication.

2° Introduction de l'oxygène dans le cerveau soit par voie intra-vasculaire (veineuse ou artérielle), soit par voie extra-vasculaire (injection sous-cutanée d'oxygène au cou ou au creux axillaire, ou mieux introduction péribulbaire par injection intrarachidienne).

Des essais chez l'animal en état de mort apparente ont montré la possibilité du rétablissement circulatoire et par conséquent de la réanimation. H. passe en revue les diverses modalités d'exécution de la méthode qui lui paraît devoir donner lieu à de véritables résurrections.

G. Dreyfus-Sée.

F. Janain. ***La pléthore hypophysaire (Maladie de Cushing « pituitary basophilism »)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 28, 13 Juillet 1934 et n° 29, 20 Juillet 1934]. — Sur la base d'une observation clinique personnelle J. expose le tableau de ce qu'il appelle la pléthore hypophysaire et qui correspond au syndrome décrit par Cushing : obésité, ostéoporose, hypoplasie génitale, hypertension et adynamie. Ce complexe symptomatique relève pour l'auteur américain d'un adénome basophile du lobe antérieur de l'hypophyse.

Selon J. il s'agit d'un excès de fonctionnement endocrinien de l'hypophyse adénomateuse, qui entraîne corrélativement une hypertension des glandes sous sa dépendance, en particulier surrénales, lobe postérieur hypophysaire, et parathyroïdes. Les manifestations vasculaires (hypertension), génitales, osseuses s'expliquent ainsi.

Pratiquement la radiothérapie profonde cérébrale a donné des résultats favorables en ce qui concerne l'état des malades. Cet hyperfonctionnement endocrinien paraît bien résulter d'une multiplication adénomateuse ou diffuse des éléments basophiles du lobe glandulaire de l'hypophyse.

G. Dreyfus-Sée.

K. Herman. ***Xanthomatose généralisée*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 29, 20 Juillet 1934). — Il s'agit là d'un tableau clinique assez rare. Il est produit par une infiltration généralisée viscérale par des cellules contenant de la cholestérine. Ce processus provoque la formation d'un tissus granuleux spécial, d'où le nom de granulomatose lipoïdique qui est parfois attribué à l'affection.

Le dépôt de kératine, surtout de phosphatides, caractérise les maladies de Niemann Pick et de Gaucher, le dépôt de cholestérine est spécial à la xanthomatose. La maladie de Schuller Christian est un cas particulier de cette dernière affection caractérisé par certaines localisations et un complexe symptomatique spécial, mais ne constituant nullement une maladie autonome.

Le diagnostic est souvent difficile.

Dans une observation relatée en détail par H., il était basé sur les symptômes suivants : Présence de diabète insipide ; xanthélasma palpébral ; lésions cutanées inflammatoires ; augmentation considérable de la cholestérinémie.

G. Dreyfus-Sée.

Brugsch et **Naegelsbach.** ***Rémission critique à forme leucémique des anémies pernicieuses traitées par le foie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 30, 27 Juillet 1934). — Au cours des anémies pernicieuses soumises à l'hépatothérapie se produit parfois une crise sanguine leucémique avec forte leucocytose et crise érythroblastique. Les leucocytes myélogènes apparus en abondance présentent des granulations toxiques, et l'on peut mettre en évidence des myéloblastes.

Cette augmentation de leucocytes, correspondant avec un accroissement des réticulocytes, une crise normoblastique et une multiplication des globules rouges de grande taille dans les vaisseaux périphériques, peut être considérée comme une sorte de nettoyage de la moelle osseuse au niveau de laquelle les éléments sanguins malades arrivent à maturité et sont éliminés. Ce serait par conséquent un processus de guérison au cours duquel la moelle osseuse, ainsi que le système réticulo-endothélial, se montrent incapables de réaliser de façon complète la maturation, l'élimination du noyau et la désintégration des cellules malades, de telle sorte que celles-ci sont éliminées en partie à des stades jeunes.

Cette phase hématologique n'est d'ailleurs que transitoire et constitue un élément de pronostic favorable. La poursuite de l'hépatothérapie amène peu à peu le rétablissement d'une formule sanguine normale.

G. Dreyfus-Sée.

E. Edens. ***Le traitement de l'angine de poitrine par la strophantine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 37, 14 Septembre 1934). — Les accès d'angine de poitrine sont provoqués par l'obstruction passagère ou durable d'une artère ou d'un tronc coronarien. Mais la constriction vasculaire ne suffit pas à provoquer les symptômes cliniques, il faut en outre qu'il existe une excitabilité spéciale des nerfs vasculaires liée plus ou moins directement à la sclérose vasculaire. En outre une sensibilité générale exagérée est habituellement en cause. Les autres manifestations viscéro-sensorielles et motrices correspondent aussi à une augmentation de l'excitabilité du système nerveux correspondant. Il faut donc pour qu'il y ait crise qu'il existe un terrain spécial sur lequel les causes provocatrices peuvent exercer une action décisive.

Les thérapeutiques étaient jusqu'ici surtout destinées à dilater les coronaires et à combattre les causes déterminantes de la crise. Or c'est le terrain prédisposant qui constituerait selon E. l'élément capital, et en particulier l'insuffisance cardio-vasculaire vis-à-vis de laquelle la strophantine exerce une action remarquable. De nombreuses observations démontrent l'efficacité de cette thérapeutique.

G. Dreyfus-Sée.

H. Becker. ***Contribution au traitement sérothérapique de la pneumonie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 39, 28 Septembre 1934). — B. a observé 180 cas de pneumonie depuis l'automne 1932 jusqu'au printemps de 1934.

20 pour 100 ont subi la sérothérapie, 30 pour 100 ont été traités sans sérum. Le sérum paraît avoir une efficacité différente suivant qu'on traite des pneumonies dues au pneumocoque de type I, II ou III. Dans le type I qui représentait 40 pour 100 des cas observés le sérum a réduit la mortalité de 20 pour 100 à 8,2 pour 100.

Dans le type II (32,1 pour 100 des cas observés) le sérum a réduit la mortailté de 30 pour 100 à 15 pour 100.

L'efficacité du sérum est d'ailleurs fonction de la précocité de son emploi et il est indispensable d'utiliser un sérum spécifique monovalent. Le type III (15,8 pour 100 des cas) ne paraît pas influencé sensiblement par la sérothérapie spécifique. La mortalité demeure élevée à 55 pour 100 quel que soit le traitement employé.

Enfin la sérothérapie échoue également pour le type IV (12 pour 100 des cas). Seul le sérum polyvalent paraît avoir amélioré des cas isolés.

Lors de septicémies pneumococciques les résultats ont été décevants. Le petit nombre de cas ne permet pas encore de conclure ; cependant B. préconise dans ces formes graves d'introduire de grosses doses de sérum par voie endoveineuse. En pratique la spécificité du sérum doit être stricte dans les types I et II, le sérum polyvalent demeure utile pour le type IV et lors des formes mal individualisées.

G. Dreyfus-Sée.

Hillner. ***Fracture des corps vertébraux lors d'exercices de natation ou de gymnastique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 42, 19 Octobre 1934). — Ces fractures sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait. L'examen radiographique systématique a montré qu'elles existaient dans nombre de cas où la bénignité des signes physiques et fonctionnels, l'absence de signes neurologiques et la rapide guérison sans séquelles pouvaient fort bien faire porter un diagnostic d'entorse ou de contusion simple.

Des examens radiologiques bien faits, en particulier les radios de profil, sont indispensables toutes les fois qu'un choc de la tête contre le fond au cours d'un plongeon peut avoir provoqué une lésion traumatique. Certains de ces sujets ont pu continuer à pratiquer du sport, ou mener une existence normale avec un minimum de signes fonctionnels les jours suivant l'accident. Afin d'éviter le risque d'accidents ou de séquelles tardives une vérification soigneuse s'impose donc même lorsque le traumatisme ne paraît pas entraîner d'impotence, ni de douleur vive immédiate.

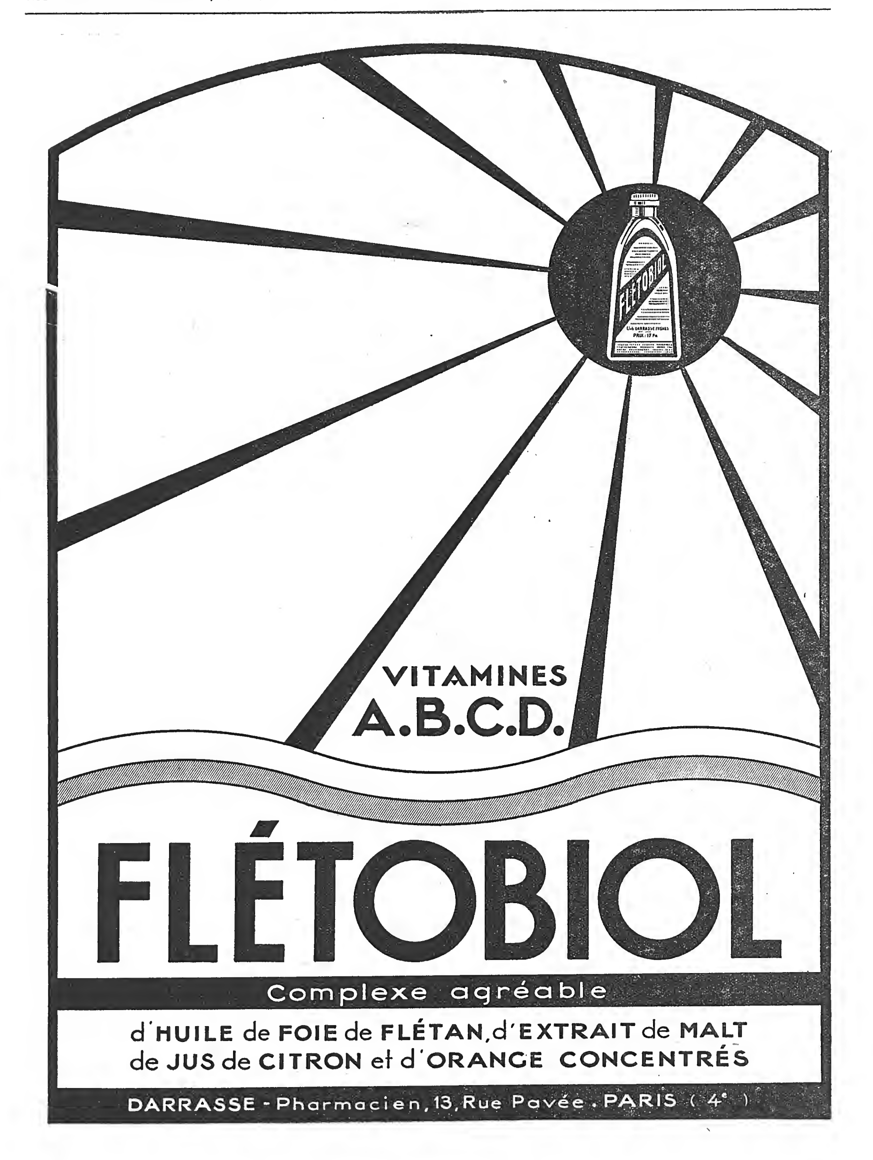
Ces fractures peuvent survenir au cours de certains exercices de gymnastique acrobatique ainsi qu'en témoigne une observation. Le plus souvent c'est lors d'un plongeon en eau insuffisamment profonde qu'elles se produisent : soit du haut d'un plongeoir mal surveillé, dans une piscine, soit lors de plongeons imprudents dans la mer ou la rivière en un endroit ou un banc de sable diminue la profondeur.

Il est indispensable de réglementer les établissements balnéaires (piscines ou bains de mer) afin que des mesures de profondeur sous le plongeoir, fréquentes et contrôlées régulièrement, évitent ces accidents. En outre l'instruction des jeunes nageurs devrait comporter des conseils de prudence à ce sujet. La surveillance des piscines est indispensable pour éviter également des accidents tels que celui relaté par H. d'une luxation vertébrale provoquée par la chute d'un plongeur sur la nuque d'un nageur.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Hermann Stefan. ***La diversité des phénomènes du gros orteil de Babinski*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 42, 20 Octobre 1934). — Le réflexe de Babinski est un réflexe cutané qui témoigne d'une interruption des voies pyramidales. La zone réflexogène pour l'hypertension du gros orteil n'est pas exclusivement localisée à la plante du pied. Elle s'étend souvent au bord externe et même, selon certains auteurs, au bord interne du pied, à la musculature du mollet (Gordon), à la face interne du tibia (Oppenheim), etc. Il serait intéressant d'arriver, en classant ce réflexe en deux groupes, à distinguer entre des troubles corticaux et des troubles pyramidaux. Les réflexes positifs de Gordon et d'Oppenheim sont considérés généralement comme le signe d'une irritation de l'écorce. Mais ce fait ne serait pas absolument général. En comprimant les adducteurs de la cuisse, Gerhartz détermine une flexion dorsale du gros


FLÉTOBIOL
VITAMINES
A.B.C.D.
FLÉTOBIOL
Complexe agréable
d'HUILE de FOIE de FLÉTAN, d'EXTRAIT de MALT
de JUS de CITRON et d'ORANGE CONCENTRÉS
DARRASSE - Pharmacien, 13, Rue Pavée . PARIS (4e)

orteil comme dans le phénomène de Babinski associé parfois au phénomène de l'éventail. D'après Gerhartz, il s'agirait d'un réflexe spasmodique nettement cortical.

S. a trouvé un réflexe isolé du gros orteil dans un cas de méningite tuberculeuse, dans un cas de paralysie générale avancée et dans un cas de pachyméningite hémorragique étendue.

Dans un cas de gliome du corps calleux avec extension dans le lobe frontal, il est apparu une hémiparèse bilatérale avec réflexes de Babinski et de Gerhartz positifs à gauche. Chez cette malade, il y avait trois groupes de symptômes: hypertension intracranienne, manifestations psychiques et signes neurologiques dont le réflexe de Gerhartz, les deux derniers groupes témoignant d'une tumeur intéressant vraisemblablement le corps calleux. Ce diagnostic fut vérifié à l'autopsie.

Selon S., le réflexe de Gerhartz ne serait qu'une espèce particulière du réflexe de Babinski dont la zone réflexogène est située dans la région des adducteurs. Une autre forme particulière du Babinski serait constituée par le réflexe de Weill-Hedelmann qui s'observe quand on fléchit les cuisses sur le bassin, en maintenant les jambes étendues sur les cuisses comme quand on recherche le signe de Kernig. L'attention a déjà été attirée sur l'importance de ce signe dans les inflammations méningées.

P.-E. Morhardt.

G. von Hevezy et **E. Hofer**. ***Durée du séjour de l'eau dans l'organisme humain étudiée avec le secours de l'eau « lourde » comme indicateur*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 43, 27 Octobre 1934). — Jusqu'ici, on a étudié la vitesse avec laquelle l'eau ingérée est éliminée de l'organisme en utilisant des matières colorantes comme le bleu de méthylène, méthode qui n'est pas physiologique. Mais en ajoutant à l'eau ordinaire ingérée de l'eau lourde à une très grande dilution, on peut arriver à des précisions intéressantes. C'est ce que H. et H. ont fait en ingérant d'abord de petites quantités d'eau (150 ou 200 cmc) additionnées de 0,46 pour 100 d'eau lourde, ce qui donne une différence de densité de 471 divisé par un million. Mais on n'est pas arrivé, avec ces quantités, à déterminer des modifications appréciables de la densité de l'urine. Pour y arriver, il a fallu consommer deux litres de ce liquide. Les échantillons d'urine ont été d'abord traités par du charbon puis portés à l'ébullition dans un alambic rétrograde en présence de péroxyde de soude puis de permanganate de potasse, etc., jusqu'à ce que la densité reste constante. L'eau des fèces, de la salive et de la sueur a été également recueillie et traitée de la même manière.

Il a été ainsi constaté que 26 minutes après le moment où le sujet d'expérience a commencé à boire de l'eau, il apparaît dans l'urine de l'eau d'une densité augmentée, montrant que l'urine contient 0,1 pour 100 de l'eau bue. L'élimination de la quantité d'eau ingérée se fait assez lentement et on constate que la densité de l'eau recueillie diminue progressivement. On arrive ainsi à calculer qu'il faut 9 à 10 jours pour éliminer la moitié de l'eau ingérée et que, par conséquent, une molécule d'eau séjourne en moyenne, dans le corps, pendant 14 jours. Le résultat trouvé est exact car il oblige à admettre pour que la dilution soit suffisante que le contenu aqueux de l'organisme s'élève à 43 litres, soit à 63 pour 100 pour un poids de 69 kilogr.

D'autre part, il a été constaté que l'eau provenant des fèces contient au maximum 2,2 fois plus d'eau lourde que l'urine. La sueur au contraire en contient un peu moins et la salive donne une eau dont la densité présente, avec l'eau ordinaire, une différence de 20 ± 2. Par ailleurs, si on administre du bleu de méthylène, on constate que la substance colorante n'apparaît qu'au bout de deux heures et disparaît complètement à partir de la 43e heure. Cependant, les méthodes d'analyse de ce colorant ont une sensibilité assez analogue à celle qui permet de doser l'eau lourde.

P.-E. Morhardt.

A. Rühl avec la collaboration de **S. Thaddea**. ***La signification de l'acide lactique pour les échanges du cœur*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 43, 27 Octobre 1934). — La plupart des expériences qui forment le but de ce travail ont été faites sur la préparation cœur-poumons de Starling. Elles se divisent en trois groupes. Dans le premier groupe, le cœur était normal et il a été constaté au cours de 77 analyses que le muscle cardiaque s'empare de l'acide lactique du sang, la consommation d'acide lactique atteignant en moyenne 3,7 milligr. par minute. On doit rapprocher ce chiffre de celui trouvé par Evans dans les mêmes conditions et s'élevant à 3,9 milligr. par minute. La quantité d'acide lactique ainsi consommée varie avec le taux d'acide lactique qu'on retrouve dans le sang. Quand celui-ci est augmenté, il en est généralement consommé davantage. Par contre, il n'y a pas de relation entre le travail accompli et la consommation d'acide lactique.

Dans un second groupe d'expériences, il y avait un certain manque d'oxygène dans le muscle cardiaque apparu soit spontanément soit sous l'influence d'histamine ou de narcotiques. En pareil cas, le muscle cardiaque n'abandonne pas d'acide lactique. Tout au contraire, il en consomme encore davantage que le cœur intact. Les drogues qui agissent sur le cœur comme l'adrénaline, la strophantine ou l'oxygène n'agissent pas sur cette consommation d'acide lactique.

Dans un troisième groupe, le cœur était complètement privé d'oxygène par occlusion des coronaires au moyen de pitressine, de somnifènes ou de cyanures. Dans ces conditions, il a été trouvé que le myocarde abandonne de l'acide lactique. L'intoxication par l'acide monoiode-acétique, corps qui inhibe la production d'acide lactique dans les muscles striés, ne modifie par contre pas la consommation d'acide lactique par le cœur. Tout au contraire, c'est sous l'influence de ce corps que les chiffres les plus élevés ont été observés.

L'acide lactique qui a disparu dans une partie de ces expériences ne diffuse pas simplement, car après des expériences prolongées, on n'en trouve plus que de petites quantités dans le cœur (40 à 160 milligr. pour 100 gr.). Il est donc très vraisemblable que cette substance est réellement consommée par le myocarde.

On admet en général que la consommation de sucre par le cœur est beaucoup plus petite que celle de l'acide lactique ou même nulle. En procédant également à des recherches sur ce point, R. et T. ont montré que pour des glycémies ne dépassant pas 170 milligr. pour 100 gr., le muscle cardiaque ne semble pas consommer de glucose. Mais quand la glycémie est très supérieure à ce chiffre, la consommation peut s'élever à 6,4 milligr. par minute.

Le rapport, qui existe entre la consommation d'oxygène et celle d'acide lactique, a été étudié également et il a été ainsi constaté que le cœur consomme par minute 9,1 cmc du premier et 3,6 milligr. du second. L'acide lactique, qui disparaît ainsi, n'exige pour être brûlé que 2,7 cmc d'oxygène, soit 30 pour 100 de celui qui est effectivement consommé. D'ailleurs, un graphique sur lequel sont portés les résultats donnés par 43 déterminations montre qu'il ne semble pas y avoir de relation constante entre ces deux grandeurs. Il y a lieu cependant de noter que la détermination de O^2 comporte des erreurs qui ne dépassent pas 10 pour 100 et celle de l'acide lactique des erreurs atteignant ou dépassant 20 pour 100, en sorte que pour avoir des résultats significatifs il faudrait faire un très grand nombre de déterminations. Il semble néanmoins que le cœur insuffisant consomme davantage d'acide lactique et moins d'oxygène que le cœur normal.

Dans ces conditions, il y a lieu de conclure, au point de vue thérapeutique, que l'administration de solutions de dextrose concentrées doit être considérée comme utile d'abord parce qu'elles dilatent fortement les coronaires, ensuite parce qu'elles sont douées d'un pouvoir osmotique. Ces deux raisons sont suffisantes, même si le glucose ne pouvait pas être considéré comme favorisant la nutrition du myocarde.

P.-E. Morhardt.

K. Paschkis et **Gurney Taylor**. ***Les effets anti-anémiques du foie dans les anémies toxiques expérimentales*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 43, 27 Octobre 1934). — Tandis que certains auteurs comme Rusznyak et Engel attribuent aux extraits hépatiques le pouvoir de protéger le chien contre l'anémie par phénylhydrazine, P. et T., qui ont procédé également à des expériences sur ce point, ne sont jamais arrivés à constater cette action prophylactique du foie. De plus il convient, selon eux, de distinguer les anémies à caractère hémolytique selon leur mode de régénération. D'un côté, il existe cliniquement un ictère hémolytique avec régénération considérable et de l'autre l'anémie pernicieuse avec blocage de la moelle osseuse qui d'ailleurs continue à se montrer extrêmement active.

Parmi les anémies expérimentales hémolytiques figurent celles de la phénylhydrazine, de la toluilènediamine, de la pyrodine, etc., qui forment un groupe à régénération exagérée avec production de methémoglobine tandis que l'anémie saturnine, celle du sulfonal, de certains aliments, de la saponine, etc., appartiennent au contraire aux formes à régénération faible avec production de porphyrine et vraisemblablement blocage de la moelle osseuse.

P. et T. sont ainsi arrivés à se demander si le principe antipernicieux agit sur les anémies par poisons sanguins appartenant au type de l'anémie pernicieuse. Ils ont pour cela étudié l'anémie provoquée chez le lapin par la saponine à la dose de 1/2 à 1 milligr. en allant jusqu'à 5 milligr. par kilogramme. A 8 de ces animaux, on a administré avant et pendant le traitement par la saponine un extrait de foie (degewop) : 7 d'entre eux sur les 8 n'ont présenté aucun symptôme d'anémie et l'extrait de foie s'est montré doué d'un pouvoir protecteur très net. Il n'y a cependant pas lieu de conclure encore que les poisons de l'anémie pernicieuse soient identiques à la saponine. Il ne semble pas non plus que cette anémie par saponine soit due à la destruction par ce corps du facteur « intrinsèque » existant dans la muqueuse gastrique. Il y a plutôt lieu de penser à une altération directe de la moelle osseuse par la saponine et que le foie agit en protégeant, contre les effets du poison, les érythrocytes emmagasinés dans la moelle. Il ne semble pas que le foie ainsi administré apporte à ces érythrocytes une substance qui leur manquerait. Le foie est donc bien doué d'un pouvoir proprement antitoxique et il en serait vraisemblablement de même dans l'anémie pernicieuse.

P.-E. Morhardt.

Teruko Minouchi et **Horst Schwalm**. ***Modifications de la régénération des érythrocytes par l'hormone folliculaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 44, 3 Novembre 1934). — La méthode de choix pour mesurer la régénération des érythrocytes consiste à établir la formule des érythrocytes non mûrs qui, d'après L. Meyer, se différencient en 5 groupes : groupe 0 : normoblastes ; groupe 1 : formes en écheveau ; groupe 2 : formes en réseau ; groupe 3 : formes en réseau incomplètes ; groupe 4 : formes de maturation. On peut ainsi calculer le rapport qui existe entre le groupe 4 et

les trois autres groupes, formule qui constitue l'index réticulocytaire de déplacement vers la gauche.

Cette méthode a été appliquée par M. et S. à des lapines adultes castrées depuis plus de 6 mois. La tendance de la courbe du nombre et de l'index réticulocytaire est normalement antagoniste de la courbe du nombre des érythrocytes et de la proportion d'hémoglobine. Quand ces deux derniers chiffres sont élevés, la régénération est effectivement modérée et les formes jeunes peu nombreuses.

La régénération peut se produire par déplacement vers la gauche des réticulocytes ou encore par l'augmentation du nombre total des réticulocytes. Ces deux formes de régénération peuvent être observées indépendamment l'une de l'autre, la première constituant, surtout si le nombre absolu des réticulocytes est peu augmenté, une réaction d'épuisement. Après saignée des lapines normales, le taux des érythrocytes et de l'hémoglobine diminue fortement et les phénomènes de régénération caractérisés par une augmentation immédiate du nombre des réticulocytes et une élévation beaucoup plus modérée de l'index réticulocytaire déterminent, entre le 6e et le 10e jour, une augmentation nette des érythrocytes et de l'hémoglobine. Chez les lapines castrées, on constate par contre dans le sang une forte arrivée des formes jeunes, une élévation de l'index réticulocytaire et une augmentation modérée du nombre total des réticulocytes, ce qui constitue par conséquent une véritable réaction d'épuisement.

L'injection d'hormone folliculaire (progynon) n'a que bien peu d'action sur la régénération des érythrocytes chez les animaux normaux. Par contre, chez les animaux ayant subi une saignée, on constate que 100 unités par jour de progynon augmentent le nombre des réticulocytes et de l'index réticulocytaire quand il s'agit d'animaux non castrés. Quand il s'agit de femelles castrées, on constate bien une augmentation du nombre des réticulocytes, mais non pas de l'index réticulocytaire, c'est-à-dire une réaction d'épuisement, sur laquelle l'hormone folliculaire ne peut rien.

Voici les chiffres moyens constatés. Chez l'animal normal après saignée, le nombre des réticulocytes augmente de 184 et l'index réticulocytaire de 0,58; chez l'animal castré, l'augmentation est pour les mêmes données de 170 d'une part et de 0,94 d'autre part. Quant au progynon, il détermine chez les premiers des augmentations qui se chiffrent par 211 et 1,66, tandis que chez les castrats elles se chiffrent seulement par 105 et 0,8.

P.-E. Morhardt.

J. Engelbreth-Holm. ***Eosinophilie après injection intraveineuse d'huile*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 45, 10 Novembre 1934). — Il a été traité à l'Institut Finsen une série de malades non lépreux par des injections intraveineuses d'un mélange d'esters éthyliques de divers acides gras de chaulmoogra (antiléprol). Sur 21 malades ainsi traités, il en est 20 qui ont réagi par une éosinophilie variant de 10 à 25 pour 100, c'est-à-dire correspondant à 1.000 ou 2.000 cellules éosinophiliques par millimètre cube. La leucocytose constatée chez certains de ces malades est entièrement due à une augmentation des cellules éosinophiliques qui seules se multiplient au bout d'un temps qui a varié entre le 4e jour et la 3e semaine après le début du traitement pour revenir à la normale en 2 à 9 jours après la cessation du traitement. Ces phénomènes ont été observés chez des malades atteints d'affections diverses: sarcoïde de Boeck, tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, osseuse et cutanée, psoriasis, mycosis fongoïde, etc.

Les cas dans lesquels l'éosinophilie a été observée peuvent être répartis en quatre groupes. Il s'agit de la formation d'un anticorps avec fixation de l'antigène par l'anticorps, d'une action sur le système nerveux autonome, d'une fonction splénique, ou enfin de l'administration de substances éosinotactiques. Mais il n'est pas vraisemblable que l'antiléprol puisse intervenir comme antigène ni qu'il puisse agir sur le système nerveux. Il est possible par ailleurs qu'il ait une action sur la rate. Certains corps gras paraissent avoir également un pouvoir éosinotactique. Cependant, dans les contrées à lèpre, il n'a jamais été constaté que l'administration de préparations à base d'huile de chaulmoogra ait entraîné de l'éosinophilie et, d'autre part, l'antiléprol injecté dans les muscles n'en détermine pas non plus.

Pour élucider cette question, il a été administré à des lapins de l'antiléprol en injections intramusculaires sans provoquer d'éosinophilie chez aucun de ces animaux. Par contre, des injections intraveineuses de cette préparation ont déterminé de l'éosinophilie chez ces animaux comme chez les malades. D'autre part, l'injection intraveineuse d'huile de foie de morue ou de paraffine liquide a eu des effets semblables à ceux de l'antiléprol administré de la même façon. Or, l'autopsie de ces animaux a montré qu'ils présentaient dans les poumons des infarctus de 3 × 3 mm. souvent confluents. C'est à ces infarctus qu'il faut attribuer l'éosinophilie qui apparaît dans ces conditions. Il a d'ailleurs été constaté par Löffler que certaines ombres pulmonaires apparaissant aux rayons X et disparaissant très vite s'accompagnent d'une éosinophilie sanguine très marquée. Il est possible que ces lésions intéressent plus ou moins la plèvre et par là déclanchent un réflexe parasympathique.

P.-E. Morhardt.

Ernst Kratzenstein. ***Un cas de porphyrie aiguë*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 46, 17 Novembre 1934). — Il s'agit d'une malade de 29 ans qui entre à l'hôpital parce qu'on pense à une appendicite. Elle a remarqué que ses urines ont commencé à devenir rouges depuis 3 ans. Elle présente souvent des contractions dans le ventre et parfois même des convulsions. A l'examen, on ne trouve aucun signe d'annexite, mais on sent des anses intestinales qui se contractent alternativement dans l'abdomen. L'urine est rouge framboise, donne une réaction positive de l'aldéhyde et présente le spectre de la porphyrine. L'hémogramme est à peu près normal. Un repas opaque montre des troubles de la motricité du tractus gastro-intestinal et notamment des ondes rétropéristaltiques nettes du duodénum et du jéjunum. Pensant que cette porphyrie aiguë est due à un trouble des fonctions hépatiques, on administre un extrait de foie (campolon) qui augmente le nombre des réticulocytes, rend la coloration de l'urine moins foncée et diminue un peu les douleurs abdominales. Cependant, les muscles des extrémités s'atrophient et la paralysie s'accentue progressivement. L'épreuve du galactose est nettement positive. Finalement il survient des hémorragies gastriques qui déterminent la mort. Il est à remarquer que la malade ne s'est jamais exposée à l'intoxication par le plomb et n'a pas pris d'hypnotiques du groupe du sulfonal ou du trional.

A l'autopsie, on ne trouve pas de source macroscopique de l'hémorragie. On constate une pigmentation brune de désintégration, une hémosidérose de la pulpe hépatique ainsi que du foie (cellule hépatique et cellules étoilées). Il faut vraisemblablement voir dans la porphyrie aiguë une forme de la désintégration du sang dont le siège est peut-être le foie.

P. E. Morhardt.

Rudolf Engel. ***Le diabète insulino-réfractaire en cas d'altérations sévères du foie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 47, 24 Novembre 1934). — E. donne l'observation d'un homme de 43 ans, atteint de diabète depuis 9 ans, ayant eu de la gangrène du prépuce et chez lequel on pouvait réduire la glycosurie à 2 ou 3 gr. avec 60 unités d'insuline pour 30 gr. de farine de céréales, 50 gr. de pain et 500 gr. de légumes. Antérieurement, ce malade a été atteint de choléra. Mais il n'a pas bu beaucoup d'alcool. Il entre à l'hôpital pour une sensation de pesanteur dans la partie supérieure du ventre, de l'inappétence, des renvois, des vomissements et de la fatigue. On trouve un foie qui dépasse de trois travers de doigts le rebord costal. Le malade est obnubilé, il a 407 milligr. de sucre pour 100 gr. de sang; la réserve alcaline atteint 30,5 et le pH du sang est de 7,4; dans l'urine, on trouve beaucoup de sucre, d'acétone et d'acide diacétique.

Avec des doses d'insuline qui vont de 50 à 180 unités, on arrive bien à faire disparaître l'acétone et l'acide acétique de l'urine, mais la glycosurie persiste avec une tendance à augmenter et la glycémie qui ne varie guère atteint notamment 228 milligr. pour 180 unités. Le malade quitte l'hôpital puis revient trois jours plus tard dans un état sévère et devient progressivement comateux. On passe alors aux fortes doses d'insuline (200 unités à plusieurs reprises en injection intraveineuse) et aux cardiotoniques. Mais l'acidose devient menaçante, la diurèse considérable et on est obligé d'administrer en injection intraveineuse des alcalins qui d'ailleurs rendent le sang alcalin. Pendant cette période, le malade désintègre des quantités considérables de protéines (50 à 110 gr. par jour). Une amélioration survient néanmoins, mais le 25e jour, la réserve alcaline s'est abaissée à 11,7, le sucre du sang atteint 442 millig. et le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve un diabète bronzé avec hémochromatose généralisée, cirrhose hépatique hypertrophique à nodules fins du foie, diminution de volume du pancréas, atrophie brune du myocarde, etc. La recherche du glycogène montre qu'il en existe 3,06 pour 100 dans le foie, 0,03 pour 100 dans les reins et 0,02 pour 100 dans les muscles, mais pas dans le myocarde ni dans la rate.

Le fait que les très fortes doses d'insuline soient restées sans effet doit être attribué aux lésions du foie et il y a lieu d'admettre que tant que le foie a été suffisant l'insuline s'est montrée efficace. Mais on ne trouve aucune étiologie acceptable de ces lésions hépatiques.

P. E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Balazs et **Rosenak.** ***Traitement de l'anurie mercurielle par la dialyse transpéritonéale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 27, 6 Juillet 1934). — On sait que, parmi les divers symptômes de l'intoxication par le sublimé, l'anurie en constitue le plus redoutable, et tous les efforts de la thérapeutique doivent tendre à lutter contre la néphrite afin d'atteindre le 8e ou le 10e jour, termes après lesquels se rétablit généralement la diurèse dans les cas favorables. A la suite de travaux américains qui cherchaient à suppléer à la fonction défaillante du rein par une dialyse artificielle, B. et R. ont cherché à utiliser la membrane péritonéale elle-même comme organe dialysant de la façon suivante: après anesthésie locale de la paroi abdominale, incision sur la ligne médiane et dans la région iléo-cæcale, introduction d'une canule entre le foie et le péritoine, et pose de la seconde canule dans le Douglas. On introduit de cette manière dans la cavité pendant une demi-heure 12 litres d'une solution de dextrose à 4 pour 100 à une température de 44°. Trois observations complètent cet article, relatant ces essais au cours de 3 intoxications graves par le sublimé.

G. Basch.

Siegl et **Drach.** ***Nouvelles recherches sur la prophylaxie de la diphtérie par la pommade de Löwenstein*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 31, 3 Août 1934). — S. et D. ont étudié cette méthode qui leur avait paru simple, facile à appliquer, et évitant toute injection. Elle consiste à faire une friction prolongée, à trois reprises, chaque friction étant séparée par un intervalle d'une semaine, friction pratiquée à l'aide de 3 cmc de la pommade de Löwenstein. 222 enfants ont été ainsi vaccinés, dont on a contrôlé les réactions de Schick 3 et 6 semaines après la dernière friction. Il résulte de ces statistiques que les enfants immunisés représentent seulement de 40 à 60 pour 100 de la totalité, et qu'il y a donc lieu de renoncer à sa pratique.

G. Basch.

Raab. ***Symptomatologie de la maladie de Cushing (Adénome basophile de l'hypophyse antérieure)*** [*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 34, 24 Août 1934]. — R. relate l'observation d'une femme de 45 ans, syphilitique ancienne, présentant les symptômes suivants: visage lunaire et bouffi, cyphose et ostéoporose, hypertrichose de type masculin, adiposité, aménorrhée, troubles psychiques, atrophie optique, albuminurie légère et œdème des jambes. L'examen radiographique du crâne mit en évidence un élargissement de la selle turcique témoignant d'un adénome thyroïdien que vint vérifier l'autopsie. Ce cas paraît devoir, d'après R., rentrer dans la catégorie de la maladie de Cushing (adénome basophile du lobe antérieur de l'hypophyse), affection, nous semble-t-il, bien proche de l'acromégalie de Pierre Marie sinon identique à elle.

G. Basch.

Tapfer. ***Grossesse et maladie d'Addison*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 34, 24 Août 1934). — La maladie d'Addison s'accompagne généralement de troubles génitaux, spécialement d'insuffisance ovarienne, d'où coïncidence assez rare d'une grossesse et de cette affection. T. cite l'observation d'une femme de 35 ans ayant déjà eu 7 enfants et qui présenta 2 mois avant le début de sa grossesse les signes d'une maladie d'Addison; vue au 7° mois, elle se présente avec les symptômes les plus nets; elle accouche avant terme, quelques jours après son entrée à la clinique, d'un enfant vivant qui meurt aussitôt. A ce propos, T. rappelle que, lorsque la grossesse peut être menée à terme, le pronostic est meilleur pour l'enfant que pour la mère : sur 10 enfants d'addisoniennes, 9 ont survécu alors que 3 mères seulement ont survécu à l'accouchement.

G. Basch.

Friedländer. ***Contribution à la clinique et au diagnostic de la thrombose coronarienne*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 36, 7 Septembre 1934). — F. rappelle les classiques distinctions établies jadis par Vaquez entre angine de décubitus et angine d'effort, et les lésions retrouvées au niveau des coronaires, lésions d'ailleurs non constantes étant donné le rôle bien connu du spasme; il trace à grands traits l'aspect clinique si spécial, la douleur irradiée, les phénomènes intestinaux, l'hypotension, le frottement péricardique, la leucocytose, etc. La radio a montré à Frank et Zadek un cœur atonique, avec parfois hypertrophie du ventricule gauche, arrondissement de la pointe. Considérations sur le tracé électrocardiographique et l'onde de Pardy et sur le traitement bien décevant de cette affection mortelle.

G. Basch.

Högler. ***Contribution à l'étude de la dilatation intermittente de l'aorte abdominale (Maladie de Rosenbach)*** [*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 37, 14 Septembre 1934]. — Ce syndrome est caractérisé par l'apparition brusque et sans cause apparente de pulsations épigastriques énergiques plus ou moins douloureuses; les malades disent avoir un cœur dans le ventre, dont les battements occasionnent des brûlures avec irradiation dans le dos; on note en outre des phénomènes digestifs et intestinaux, de la flatuence, enfin des transpirations profuses et des palpitations. L'examen montre que le vaisseau élargi donne lieu à un frémissement systolique, qui se traduit à l'auscultation par un bruit soufflant. Tous ces phénomènes disparaissent lorsque l'accès prend fin et seraient liés à une dilatation de la paroi aortique sous l'influence d'incitations des organes abdominaux voisins, et par le moyen des filets vaso-dilatateurs que lui envoient les ganglions paraaortiques. Il faut tenir bien entendu compte du terrain: il s'agit de jeunes femmes souvent ptosiques traitées pour un soi-disant ulcère gastrique, névropathes, présentant diverses insuffisances endocriniennes. H. a déclanché régulièrement des crises de ce genre en pratiquant des injections sous-cutanées d'adrénaline et recommande l'usage de ce test dans les cas douteux.

G. Basch.

Trolow. ***La diathermie locale dans le traitement de l'hypertension essentielle*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 37, 14 Septembre 1934). — 25 cas d'hypertension essentielle ont été traités par cette méthode: deux électrodes sont fixées dans la région des reins, une troisième à l'épigastre. L'intensité est de 1/2 à 2 ampères, la durée de l'application de 5 minutes au début, puis de 30 minutes, puis d'une heure. Les malades sont mis en traitement après examen complet, les insuffisances cardiaques étant éliminées. Les résultats subjectifs sont excellents et la baisse de la tension artérielle observée dans la plupart des cas.

G. Basch.

Kisch. ***Rayonnement calorifique de la peau et angine de poitrine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 38, 21 Septembre 1934). — On connaît chez les angineux nombre de sensations normales précordiales, différentes de la classique douleur angineuse: ce sont l'hyperesthésie cutanée dans la zone de protection du cœur et une sensation de froid au niveau de la même région. Pour vérifier si cette dernière sensation répondait à une réalité, K. a entrepris la mesure de la température cutanée chez les angineux par comparaison avec les sujets normaux. Ces faits sont d'autant plus délicats à étudier que, chez un sujet donné, la température cutanée varie avec la région du corps envisagée, et que d'autre part cette température varie d'un sujet à l'autre, plus élevée chez les gens maigres que chez les gras. Cette température est, pour la région précordiale, de 31 à 33°, pour une température extérieure de 22°. K. a trouvé de façon assez constante, chez 5 sujets atteints d'angine de poitrine, un chiffre inférieur (28, 29°). Dans 2 cas où fut pratiquée l'anesthésie des rami-communicantes, on vit la température de la peau revenir au chiffre normal.

G. Basch.

Groag. ***Comportement de la formule leucocytaire après traitement par les ondes courtes dans un cas de maladie de Mikulicz*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 39, 28 Septembre 1934). — Un homme de 50 ans présente une tuméfaction bilatérale indolore des régions sous-maxillaires représentant le tableau classique de la maladie de Mikulicz (tuméfaction symétrique des glandes salivaires ou lacrymales). Ce syndrome est considéré non pas comme une maladie autonome mais comme faisant partie de maladies chroniques telles que la leucémie, la maladie de Hodgkin, la tuberculose ou la syphilis. Le cas relaté par G. lui a semblé devoir ressortir à un processus de lymphomatose aleucémique en raison de la leucopénie initiale, d'un état subfébrile et d'un certain degré de purpura thrombopénique. Sous l'influence du traitement par les ondes courtes, on vit, alors que subsistaient les tuméfactions glandulaires, s'améliorer progressivement la formule sanguine: augmentation des G.R. passant de 4.720.000 à 5.816.000, augmentation des G.B. passant de 4.800 à 6.350.

G. Basch.

BRUXELLES MÉDICAL

A. Weymeersch et **J. Snoeck.** ***Essai de protéinothérapie non spécifique dans les phlébites aiguës du post-partum (injections de lait)*** [*Bruxelles-Médical*, t. **15**, n° 4, 25 Novembre 1934]. — 3 secondipares, atteintes de *Phlegmasia alba dolens* survenue entre le 2° et le 10° jour après l'accouchement, ont été traitées par l'immobilisation et par des injections intra-musculaires de 10 ou 20 cmc de lait bouilli, en général 2 injections à 3 jours d'intervalle. Dans 2 cas, deux jours après l'apparition de la phlébite, dans un troisième, alors que celle-ci évoluait déjà depuis une quinzaine de jours.

Les injections de lait semblent avoir eu pour effet de raccourcir considérablement la phase fébrile de la phlébite. Leur action est assez nette sur la courbe thermique. Elle diminuerait aussi de façon rapide les douleurs dans le membre malade. Sauf dans un cas, on n'a pas observé d'accélération dans l'évolution des œdèmes et, jusqu'à présent, on ne peut tirer aucune conclusion de l'influence de cette thérapeutique sur les séquelles des phlébites.

Il ne semble pas y avoir de raison théorique qui s'oppose à cette médication; une expérimentation clinique plus étendue permettra de préciser si les injections de lait font courir un risque quelconque d'embolie.

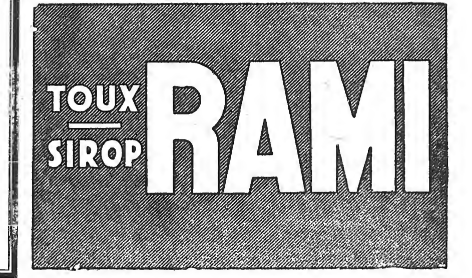
Chaque injection de lait se traduit par une série de réactions biologiques bien connues qui semblent avoir une action favorable sur l'évolution des phlébites comme sur celle de nombreuses infections. Il y a intérêt à répéter les injections de protéines non spécifiques après un intervalle de 2 à 3 jours de manière à reproduire les réactions biologiques dues au choc et à augmenter ainsi l'action thérapeutique.

Robert Clément.

Fr. Van Dooren. ***Maladie de Buerger avec atteinte des coronaires. Relation du deuxième cas connu. Commentaires*** (*Bruxelles-Médical*, t. **15**, n° 4, 25 Novembre 1934). — Chez un homme de 38 ans, indemne de syphilis, avec une glycémie normale et une épreuve d'hyperglycémie provoquée physiologique, est apparue, 5 ans après le début des premières manifestations de l'oblitération des artères périphériques, une première crise de douleurs cardiaques. Les artérites oblitérantes périphériques avaient abouti d'abord à l'amputation de l'orteil gauche, puis du pied gauche, puis amputation de la jambe droite au 1/3 inférieur.

Pendant 2 ans, jusqu'à la grande crise qui l'amena à l'hôpital, le malade fut sujet à de l'oppression cardiaque, puis il présenta deux grandes crises douloureuses à un mois d'intervalle, la deuxième ayant abouti à une chute de la pression sanguine, à de l'œdème du poumon, au collapsus et à la mort.

A l'autopsie, on constata deux infarctus du myocarde d'âge différent. Les orifices aortiques des coronaires sont perméables et béants; dans la coronaire postérieure, il y a du sang jusqu'à la portion terminale; cependant, la lumière est ponctiforme


TOUX
SIROP
RAMI

et excentrée. La coronaire antérieure présente un épaississement des parois et sa partie descendante forme un cordon induré. Les artères examinées n'ont que les caractéristiques de l'athérome, mais autour d'un tronc nerveux, il y a un important foyer polynucléaire: cette image indique un processus infectieux en évolution, caractéristique de la thrombo-angéite oblitérante de Buerger. Il s'agirait donc d'une localisation coronarienne de la thrombo-angéite oblitérante.

Sur les électro-cardiogrammes, on a pu apprécier le bien-fondé des théories de repérage de la lésion anatomique ainsi que la valeur des modifications de l'onde Q en D III dans la thrombose coronarienne.

Robert Clément.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

A. Lambrechts et **A. Bodson.** ***Le scorbut sporadique chez l'adulte*** (*Le Scalpel*, t. **87**, n° 50, 15 Décembre 1934). — L. et B. rapportent 3 observations de scorbut survenu dans des circonstances étiologiques analogues chez des hommes ayant dépassé la cinquantaine et vivant seuls, et s'étant soumis tous 3 volontairement à un régime alimentaire dont ils ont ignoré l'action nocive par insuffisance de vitamines.

Il faut songer à la possibilité de scorbut dans les cas de purpura orthostatique qui ne font pas leurs preuves et toujours envisager l'éventualité de son apparition chez des sujets, soumis au cours d'affections intestinales, à un régime diététique trop sévère et surtout trop prolongé.

Robert Clément.

ANALES DE MEDICINA INTERNA
(Madrid)

C. Blanco Soler et **L. Pollardo Peinado.** ***La lipo-dystrophie insulinique*** (*Anales de Medicina interna*, t. **3**, n° 9, Septembre 1934). — On a décrit, sous le nom de « lipo-dystrophie insulinique », un amincissement du tissu adipeux dermique, dans la zone où sont régulièrement pratiquées des injections d'insuline.

S. et P. en apportent 5 observations.

Il faut distinguer les fausses lipo-dystrophies, réactions cicatricielles, troubles trophiques nerveux, des lipo-dystrophies vraies. Ces dernières apparaissent à la faveur des troubles endocriniens de la ménopause chez la femme.

L'insuline injectée dans le derme lipo-dystrophique agit lentement et mal. La lipo-dystrophie indique une certaine intolérance des tissus à l'insuline: elle commande la circonspection dans le traitement.

G. d'Heucqueville.

G. Maranon, J. A. Collazo, I. Torres et **E. Roda.** ***L'action des extraits hépatiques sur la cholestérine, et sur son élimination par la bile*** (*Anales de Medicina interna*, t. **3**, n 9, Septembre 1934). — Dans les insuffisances hépatiques cliniques, le taux de la cholestérine s'abaisse.

M., C., T. et R. administrent des extraits hépatiques à des cobayes, à des chiens, et, chez l'homme, à des sujets normaux et à des addisoniens. Ils ont constaté une hypercholestérinémie rapide, apparaissant 15 minutes après l'injection, cessant une heure après. On observe une élévation parallèle du taux de la cholestérine dans la bile des animaux porteurs de fistule biliaire.

Les extraits hépatiques perdent ces propriétés portés à la température de 120°. Ils semblent agir par un mécanisme hormonal, en mobilisant la cholestérine fixée, à l'état de sels, dans les organes cholestérinopexiques.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

J. A. Collazo et **A. Santos Ruiz.** ***La vitamine D dans la tétanie expérimentale du chien*** (*Archivos de Medicina, cirugia y especialidades*, t. **37**, n° 43, 27 Octobre 1934). — La vitamine D agit-elle, sur le métabolisme du calcium et du phosphore, seulement par l'intermédiaire des parathyroïdes? Plusieurs physiologistes avaient déjà montré que l'administration intensive de vitamine D faisait disparaître les convulsions tétaniques et les troubles de la croissance chez les chiens parathyroïdectomisés.

C. et S. R. reprennent ces recherches afin de préciser les résultats. Ils ont mesuré la calcémie et la phosphémie des chiens parathyroïdectomisés. Elles s'élèvent régulièrement sous l'action de l'ergostérine irradiée, en même temps que l'excitabilité électrique neuro-musculaire diminue.

La calcification des os en croissance, chez les jeunes chiens parathyroïdectomisés, s'effectue normalement pendant le traitement vitaminé. La croissance, toutefois, continue seulement chez les sujets qui ont conservé la glande thyroïde intacte. Ils présentent, d'autre part, malgré l'administration de vitamine D, des cataractes et des ophtalmies purulentes.

La vitamine D s'accumule dans le foie. Ses effets persistent, après le sevrage, bien plus longtemps que ceux de l'hormone parathyroïdienne. Elle doit être préférée à cette dernière dans le traitement clinique des hypocalcémies.

G. d'Heucqueville.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

A. I. Fink et **L. N. Gay.** ***Revue critique de 170 cas d'urticaire et d'œdème angioneurotique suivis pendant une période de 2 à 10 ans*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **55**, n° 4, Octobre 1934). — F. et G. ont essayé de classer les 170 cas d'urticaire et d'œdème angioneurotique qu'ils ont observés depuis 10 ans en plusieurs groupes suivant leur étiologie. Les femmes représentaient 69 pour 100 des cas, c'est entre 30 et 40 ans que se trouvait le plus grand nombre des malades et la durée moyenne de l'urticaire avant la consultation était de 4 ans.

28 pour 100 avaient une histoire familiale ou un terrain allergique. Dans les antécédents personnels, 15 pour 100 des malades environ avaient eu de la fièvre des foins, de l'asthme ou quelque autre accident allergique, mais si on ne tient pas compte du groupe allergique ci-dessus, on trouve 8 pour 100 seulement d'antécédents personnels allergiques, chiffre qui se rapproche de la morbidité allergique de la population en général. L'éosinophilie était en moyenne normale. Les épreuves cutanées sont souvent trompeuses. Sur 46 épreuves par sujet, 6 furent positives en moyenne. Dans 27 pour 100 des cas de la totalité, les épreuves cutanées furent négatives.

52 cas étaient associés à des infections. De ceux-ci, 74 pour 100 furent guéris d'une façon permanente par destruction du tissu infecté.

35 urticaires ou œdèmes étaient provoqués par des aliments, médicaments ou autres facteurs intrinsèques. Il suffit de supprimer la cause spécifique pour amener la guérison définitive de ces malades.

Dans un groupe comprenant 18 pour 100 de la totalité et dans lequel les femmes étaient dans la proportion de 84 pour 100, les accidents semblaient déterminés par un élément nerveux ou psychique tels qu'un choc émotionnel ou des ennuis. Ce groupe, où il était noté presque constamment un tempérament névropathique, fut le plus décevant au point de vue des résultats thérapeutiques.

Les urticaires et œdèmes pouvaient être rattachés tous à un trouble endocrinien chez 9 sujets féminins; 3 fois les phénomènes coïncidaient avec la menstruation, 2 fois avec la grossesse, 2 fois on pouvait les rattacher à l'hypothyroïdie, 2 fois à la ménopause. L'opothérapie ou le rétablissement de l'état endocrinien physiologique amena en général la disparition des accidents.

Dans le dernier groupe sont rangés les cas de nature indéterminée.

Un pronostic optimiste peut être tiré de l'étude minutieuse de chaque malade et de l'application du traitement approprié.

Robert Clément.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

Rosario Grasso (Rome). ***Sur les dangers locaux possibles des injections d'adrénaline et des solutions adrénalinées (Contribution clinico-expérimentale)*** [*Archivio italiano di Chirurgia*, t. **37**, fasc. 1, Juin 1934, p. 1-45]. — G. décrit 3 cas de phlegmons gangreneux à évolution grave sinon mortelle, consécutifs à l'injection sous-cutanée d'adrénaline. Dans la genèse de ces phlegmons, à côté de la présence et de la variété des germes, il faut envisager le rôle de l'action ischémiante locale de l'adrénaline; la médiocrité de l'état général du sujet ne serait évidemment pas non plus sans influence. L'adrénaline oxydée artificiellement causerait toujours des lésions locales. Dans l'ensemble, on peut dire que le médecin ne saurait être rendu légalement responsable des accidents survenus par l'adrénaline, qu'il ne peut ni prévoir ni prévenir.

En ce qui concerne les solutions anesthésiques locales adrénalinées, il semble ressortir des observations cliniques et expérimentales de G. que si l'anesthésique employé seul a sur les tissus une action défavorable, transitoire et légère, par contre, additionné d'adrénaline, avec le concours d'autres conditions locales et générales, il peut causer de vraies nécroses, gangreneuses, si des germes interviennent, et d'autant plus fréquentes que la dose d'adrénaline est plus élevée. Il faudrait donc supprimer l'adrénaline dans les anesthésies locales chez le vieillard, chez les malades en collapsus, dans les interventions sur les doigts, sur le pénis, dans les incisions à lambeau (genou), et éviter l'emploi d'un garrot.

En ce qui concerne les injections sous-cutanées de solutions adrénalinées, G. n'a observé de nécroses que quand l'adrénaline a été injectée associée à parties égales de solution physiologique chlorosodique (0,5 d'adrénaline + 0,5 de solution physiologique) ou de solution glycosée; peut-être l'oxydation de l'adrénaline serait-elle en cause. En tout cas, le danger est proportionnel au degré de concentration, et l'action favorisante du jeûne, de l'hypotension, des cachexies, de l'anémie apparaît indiscutable.

André Guibal.

M. Cattaneo (Milan). ***Etude expérimentale sur la sympathectomie chimique des vaisseaux des capsules surrénales*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. **37**, fas. 1, Juin 1934, p. 128-164). — C. a pratiqué, sur 8 chiens, la sympathectomie chimique péri-artérielle bilatérale des surrénales par un badigeonnage étendu des vaisseaux dégagés de leur gaine commune, avec une solution d'isophénol Doppler ou une solution de phénol à 6 pour 100 isotonisée et mélangée de tricrésol à 2 pour 100. Sept fois l'intervention fut faite en 1 seul temps, une fois en 2 temps.

Les examens de sang pratiqués au cours des expé-

riences ont démontré une augmentation de la glycémie, de la calcémie et de la cholestérinémie, constante dans tous les cas.

L'examen histologique des surrénales enlevées après des intervalles variables a montré de l'hyperhémie capillaire aussi bien dans la corticale que dans la médullaire. Dans le cortex, il y a eu augmentation des grains lipoïdiques, en particulier dans la couche glomérulaire, et une transformation spongiocytaire des cellules de la couche réticulaire. Dans la médullaire, allongement des cordons cellulaires, et augmentation, dans le protoplasma des cellules, des grains chromaffines.

Ces constatations hémo-chimiques et histologiques seraient le signe d'un hyperfonctionnement de la glande consécutif à l'augmentation de la circulation. ANDRÉ GUIBAL.

M. Agrifoglio et **M. Canavero** (Gênes). ***Réserve alcaline, calcium, graisses, après dérivation complète de la bile*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. **37**, fasc. 5, Août 1934, p. 594-619). — Dans une série de recherches pratiquées chez 14 chiens chez lesquels avait été réalisée une dérivation complète de la bile à l'extérieur, les auteurs ont relevé une diminution de la calcémie, une diminution de la réserve alcaline du sang et une moindre utilisation des graisses.

Les graisses passent, non absorbées, dans les selles dans un pourcentage qui varie de 41 à 64 pour 100, surtout pour les savons et les acides gras.

Les troubles observés expérimentalement sont dus surtout à la mauvaise utilisation des graisses qui conduit à l'autophagie.

L'acidose a pour conséquence l'augmentation de l'élimination du calcium et du phosphore, soustraits au tissu oseux.

Les auteurs concluent que la dérivation totale de la bile produit: des troubles dans l'assimilation des graisses de l'intestin; un déficit des échanges par apport insuffisant de calories; une autophagie et une acidose consécutive avec perturbation des échanges minéraux; des altérations graves des organes, surtout du foie, d'où cachexie mortelle.

ANDRÉ GUIBAL.

C. Ciceri et **S. Gabrielli** (Venise). ***Recherches sur les variations de la glycémie alimentaire à la suite de l'alcoolisation des splanchniques. Tentatives de traitement du diabète*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. **38**, fasc. 2, Octobre 1934, p. 121-161). — L'alcoolisation bilatérale des splanchniques essayée dans un but thérapeutique vis-à-vis du diabète a été étudiée dans ses effets sur les voies de conduction adrénalino-sécrétoires soit par la mesure des variations glycémiques, soit par les épreuves pharmacodynamiques, en essayant l'influence de l'insuline et de l'ergotamine sur la courbe d'hyperglycémie alimentaire.

Le blocage bilatéral du splanchnique par alcoolisation fut pratiqué chez quatre individus atteints de diabète pancréatique et chez un autre atteint de diabète rénal.

Les recherches, qui furent pratiquées pendant six mois après l'intervention, donnèrent les résultats suivants: une perturbation de la sécrétion médullo-surrénale dans le sens de l'inhibition exerce une action nettement défavorable dans le diabète rénal; dans le diabète pancréatique, le comportement de la tolérance pour le glycose et les variations glycémiques et glycosuriques après blocage alcoolique des splanchniques n'ont pas un caractère univoque; enfin, l'alcoolisation des splanchniques se montre efficace particulièrement dans les cas où le diabète est associé à des troubles circulatoires à caractère hypertensif. En outre, dans toutes les observations, l'inhibition sécrétoire médullo-surrénale provoque une plus grande activité de l'hormone pancréatique.

ANDRÉ GUIBAL.

Benigno Baroni (Messine). ***Etudes et recherches sur les lithiases « intramurales » et sur les lithiases « interstitielles » de la vésicule*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. **38**, fasc. 3, Octobre 1934, p. 273-338). — B., se basant sur tout ce qui a été publié concernant la lithiase intramurale de Morgagni-Aschoff depuis la première description par Morgagni, retient surtout les recherches anatomo- et histo-pathologiques et la signification des « canaux de Luschka » comme fondement anatomique de la lésion.

A propos de 3 cas, il établit le processus de ces lithiases interstitielles: Premier stade d'infiltration lipoïdique (cholestérine et ses éthers), pigmentaire (bilirubine) et calcique dans les cellules péri-vasculaires du système réticulo-endothélial. Deuxième stade de dégénération et de destruction consécutive de l'architecture cellulaire de substances lipoïdes; en outre, prolifération des éléments histogènes, sous l'influence probable du stimulus mécanique et chimique de la cholestérine; avec formation de cellules géantes infiltrées de lipoïdes.

Cet infarcissement des éléments géants par les substances lipoïdes et pigmentaires s'accompagne de destruction du substratum cellulaire; les masses mûriformes consécutives forment les calculs de cholestérine et de pigments calciques situés dans les parois vésiculaires.

Les cholécystites avec lipoïdose et les vésicules à aspect « fraise » représenteraient les états initiaux de l'infiltration par les lipoïdes; la lithiase interstitielle serait un stade terminal de l'évolution de ces lésions. Les lithiases intramurale et interstitielle peuvent être observées dans la même vésicule, et il n'y aurait pas interdépendance entre elles. La lithiase interstitielle serait par contre en rapports étroits de dépendance avec la vésicule fraise.

ANDRÉ GUIBAL.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA *(Milan)*

E. Momigliano (Rome). ***Sur l'avortement radiologique*** (*Annali di Obstetricia e Ginecologia*, t. **56**, n° 11, 30 Novembre 1934, p. 1565-1623). — Les expériences ont porté sur 9 lapines. La dose de rayons nécessaire pour l'interruption de la gravidité oscille entre un minimum de 50 et un maximum de 200 pour 100 de la D. E. mesurée en surface; sur l'utérus, à une profondeur approximative de 3 à 4 cm., la dose subit une réduction de 30 à 35 pour 100.

Les effets de l'irradiation varient d'ailleurs suivant le moment de la grossesse. Dans la première moitié, les rayons X provoquent toujours la mort du fœtus ou de l'embryon. A l'irradiation ne fait pourtant généralement pas suite l'expulsion du produit de conception: il est retenu dans la cavité utérine et subit une résorption progressive. Dans la seconde moitié de la grossesse, l'irradiation conduit par contre à la naissance de fœtus morts ou non viables: le pourcentage de mortalité semble être en rapport avec l'intensité de l'irradiation et croître habituellement parallèlement à l'augmentation de la dose.

La dose nécessaire pour l'interruption de la grossesse ou tout au moins pour la mort du produit de conception est désignée par M. sous le nom de dose placentaire, et cela d'après la présomption d'une radiosensibilité du tissu placentaire telle qu'elle dépasse la radiosensibilité même de l'ovaire.

ANDRÉ GUIBAL.

NORSK MAGASIN FOR LAEGEVIDENSKABEN *(Oslo)*

Anker et **Laland**. ***Recherches sur le prolan et la folliculine dans les vomissements gravidiques*** (*Norsk Magasin for lægevidenskaben*, n° 11, Novembre 1934). — Les analyses d'urine, du sérum et du contenu gastrique chez 8 patientes souffrant de vomissements gravidiques ont montré que la quantité de prolan était diminuée dans l'urine chez trois malades, augmentée dans le sérum chez toutes, et que la quantité de prolan dans le contenu gastrique était très variable.

Au cours du traitement, les auteurs ont constaté que les vomissements ont cessé au moment même où le contenu du prolan diminue dans le sérum et augmente dans l'urine.

Des analyses ont démontré que la quantité de folliculine dans le sérum et dans l'urine était assez faible.

ALF. P. JACOBSEN.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG *(Berne)*

Wolf v. Drigalski. ***Action vitaminique locale dans les pansements à l'huile de foie de morue*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. **3**, n° 4, Octobre 1934). — Le traitement local des plaies par l'huile de foie de morue a donné de bons résultats entre les mains de W. Löhr. La cause en est, d'après D., la stérilité, la richesse en vitamine D et surtout en vitamine A à laquelle on doit réserver le nom de vitamine protectrice de l'épithélium. Effectivement, la carence de vitamines est caractérisée par la destruction de tous les épithéliums. Pour étudier en détail cette question dont l'importance théorique et pratique est grande, D. a pratiqué, chez des cobayes sous narcose, des plaies cutanées qui ont été traitées avec une pommade à l'huile de foie de morue (unguentolan) tantôt normale, tantôt soumise à un traitement (chauffage à 130°) destiné à détruire les vitamines qu'elle contenait afin de réaliser un contrôle expérimental.

Les plaies faites aux animaux ont été tantôt simples, tantôt artificiellement infectées par des cultures de streptocoques. Dans tous les cas, elles ont été enduites d'une couche épaisse de pommade à l'huile de foie de morue ou de pommade de contrôle et recouvertes d'un pansement. On a comparé parfois les plaies faites à deux animaux différents, parfois deux plaies faites à un même animal en les traitant différemment. Enfin, dans quelques cas, les plaies ont été pansées à sec.

Les plaies traitées par la pommade à l'huile de foie de morue ont présenté très précocement une surface unie et lisse; de plus, quand elles ont été infectées, elles se sont, sous cette influence, asséchées plus vite et, en tout cas, la suppuration a toujours été plus forte sur les plaies de contrôle. Au fur et à mesure des progrès de la plaie, on a constaté que l'huile de foie de morue agissait en faisant apparaître une membrane de granulation plus élevée et plus développée et surtout en accélérant très sensiblement la fermeture de la plaie. Bien des fois, la plaie traitée a montré une tendance plus marquée à se rétracter. Enfin les cicatrices sont souvent plus petites, plus lisses et plus régulières.

La guérison définitive se produit souvent avec plusieurs jours de retard sur la plaie de contrôle. Dans quelques cas, les différences n'ont pas été très importantes, vraisemblablement parce que la pommade, administrée pour une plaie, profitait à l'autre plaie. Néanmoins, dans l'ensemble, les effets de la pommade à l'huile de foie de morue ont été très nets comme en témoignent des photographies reproduites par D. Il est possible, d'ailleurs, qu'à côté des vitamines, agissent des acides gras libres contenus dans l'huile de foie de morue et que la chaleur détruit.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

M. Chiray, G. Albot et **A. Bosquet.** ***L'ictère catarrhal prolongé*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **24**, n° 9, 1934, p. 905-951). — On peut classer les observations d'ictère catarrhal prolongé d'après leur dominante symptomatique et les erreurs de diagnostic qu'elles occasionnent.

Certains ictères catarrhaux prolongés simulent un cancer du pancréas avec obstruction des voies biliaires, un cancer de l'ampoule de Vater. Les difficultés du diagnostic sont atténuées grâce au tubage duodénal et à l'épreuve de la galactosurie provoquée (1 obs.).

D'autres ictères catarrhaux prolongés peuvent s'accompagner d'hépatomégalie et être confondus avec les épisodes ictériques des cirrhoses (3 obs.).

Enfin, l'ictère catarrhal prolongé peut simuler une obstruction calculeuse du cholédoque. Un certain nombre d'observations chirurgicales, d'ictère sans obstruction du cholédoque, sont rapportées par C., A. et B. à ces formes d'ictère catarrhal prolongé.

A côté de ces formes de diagnostic ardu, il en est d'autres où l'ictère catarrhal prolongé est assez typique (3 obs.). C'est le mode de guérison, bien plus encore que les symptômes, qui caractérise l'ictère catarrhal prolongé: il n'y a pas de crise, et le retour à l'état normal est lent, progressif, insidieux.

Le facteur primitif et primordial de ces ictères est une hépatite diffuse aiguë; l'origine pourrait être encore plus gastro-intestinale que seulement gastro-duodénale, et parmi ceux-ci, C., A. et B. ont noté la fréquence des troubles iléo-cæco-appendiculaires.

Comme traitement, C., A. et B. n'attribuent pas au tubage duodénal une efficacité certaine. Ils pensent qu'on a trop oublié la tendance spontanée des ictères catarrhaux à la guérison, et leur bénignité habituelle. Confiants dans cette notion, ils croient ne devoir accorder à la cholécystostomie et à la dérivation biliaire qu'une valeur douteuse, et cette absence d'évidence ne les autorise pas à envisager systématiquement l'opportunité d'une thérapeutique chirurgicale.

J. Okinczyc.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

Dalous et **Jacques Fabre** (Toulouse). ***Les lésions cutanées de l'agranulocytose*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, t. **27**, n° 11, Novembre 1934). — Ces lésions sont assez fréquentes, et D. et F. en rapportent deux cas personnels récemment observés, l'un chez un jeune homme de 16 ans, l'autre chez un enfant de 14 mois, qui leur fut envoyé avec le diagnostic d'œdème malin.

Il étudient ces lésions au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Certaines sont d'ordre nécrotique. Les autres, qui ne présentent jamais les réactions habituelles de défense par diapédèse, traduisent un état inflammatoire spécial par sa tendance hyperplasique, réaction des cellules fixes.

L. Rivet.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

Paul Giraud (Marseille). ***Valeur pratique de la radiothérapie pour le traitement de la maladie de Heine-Medin*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **37**, n° 11, Novembre 1934). — Le rôle de la radiothérapie dans le traitement de la maladie de Heine-Medin a été très diversement apprécié par les auteurs. Alors que certains lui dénient toute efficacité apparente, d'autres considèrent cette méthode comme très efficace.

Se basant sur 13 observations personnelles, G. considère la radiothérapie appliquée selon la technique de Bordier comme une méthode inoffensive, à condition de n'y avoir recours qu'à partir de la troisième semaine. Il a eu toutefois à déplorer le décès par syncope, à la fin de la troisième séance, d'une fillette de 14 mois atteinte d'une paralysie flasque du membre supérieur droit.

G. n'est cependant pas convaincu de l'efficacité de cette thérapeutique. Elle est impuissante à modifier une D. R. totale; elle est, selon lui, tout à fait insuffisante pour assurer à elle seule une récupération fonctionnelle satisfaisante des membres atteints.

G. estime que se borner à la seule radiothérapie en négligeant les autres procédés de cure: diathermie, massages, courant continu, rayons ultraviolets, exercices, rééducation, c'est courir à de véritables désastres et s'exposer à de graves responsabilités ultérieures.

G. Schreiber.

REVUE FRANÇAISE DE PEDIATRIE (Strasbourg)

M. Péhu, P. Trillat, R. Noël et **Mlle Moisesco** (Lyon). ***Les érythroblastoses du fœtus et du nouveau-né à type familial*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **10**, n° 4, 1934). — Dans ce mémoire très complet P., T., N. et M. étudient tous les aspects des érythroblastoses du fœtus et du nouveau-né.

Le mot d'érythroblastose a été créé, en 1912, par Rautmann. Un rapport récent de Lehndorff, publié à Vienne en 1934, précise le groupe nosologique auquel il convient de l'attribuer.

Les érythroblastoses paraissent plus fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'à ces derniers temps. Elles ont pour caractères: leur apparition suivant un type familial, vraisemblablement héréditaire; la persistance dans le sang et dans les organes de formes embryonnaires de globules rouges mûrs (mégaloblastes et surtout érythroblastes), lesquels, normalement, sont constatés seulement au cours des 3e 4e et 5e mois de la vie intra-utérine.

Les érythroblastoses paraissent être un groupe de maladies constitutionnelles. Elles sont produites par une altération du germe qui ne permet pas aux globules rouges d'accomplir régulièrement leur évolution anatomique et fonctionnelle. On peut les subdiviser en deux groupes:

1° *Les érythroblastoses du fœtus et du nouveau-né* qui comprennent: a) *l'anasarque fœto-placentaire, type Schridde;* b) *l'ictère familial grave du nouveau-né, type Pfannenstiel;* c) *l'anémie grave du nouveau-né.*

2° *Les érythroblastoses infantiles* qui comprennent : *a*) l'anémie hémolytique à type familial; *b*) l'anémie à cellules falciformes, frappant surtout la race nègre; c) l'érythroblastanémie qui s'observe surtout chez des sujets italiens et grecs.

Une *bibliographie* est publiée à la fin de ce très important mémoire.

G. Schreiber.

Pierre Woringer (Strasbourg). ***Les quatre principaux types de courbe saisonnière des maladies*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **10**, n° 5, 1934). — Lorsqu'on étudie à l'aide de statistiques de morbidité la répartition sur les mois de l'année des diverses maladies observées dans des conditions climatiques semblables, on observe qu'elles présentent toujours à peu près la même courbe saisonnière, que notamment maximum et minimum tombent régulièrement sur les mêmes mois et que même l'amplitude des oscillations varie peu.

Les principales maladies peuvent être groupées suivant quatre types:

1° *Type hiberno-vernal.* — Maximum en Mars, minimum en Septembre

Maladies infectieuses: pneumococcie, méningococcie, tuberculose aiguë, catarrhes saisonniers des voies respiratoires, encéphalite léthargique, acrodynie. Rougeole, variole, oreillons, coqueluche.

Maladies par carence: rachitisme, spasmophilie et xérophtalmie.

Quelques affections cutanées: érythème noueux, eczéma du nourrisson, psoriasis, exanthème sérique.

Ce type est depuis longtemps attribué par W. à l'effet d'une carence solaire.

2° *Type estivo-automnal.* — Maximum en Août-Septembre; minimum en Mars.

Diarrhées d'été du nourrisson, choléra infantile. Maladies infectieuses de l'intestin; fièvre typhoïde, paratyphus, dysenterie, choléra asiatique. Béribéri. Poliomyélite. Cette dernière se place dans ce groupe à l'encontre de la plupart des autres infections du sytème nerveux qui appartiennent au type hiberno-vernal.

Ce type estivo-automnal paraît être celui des affections favorisées par une chaleur prolongée.

3° *Type hivernal.* — Maximum en Décembre, minimum en Juin. Diphtérie. Scarlatine. Angine banale.

Le type hivernal des maladies doit logiquement être mis en rapport avec l'action du froid sur l'organisme.

4° *Type estival.* — Maximum en Juin, minimum d'Octobre à Mars. Pellagre. Affections cutanées provoquées par la lumière solaire, réunies sous le nom de lucites. Eczéma solaire, *hydroa vacciniformis, summer prurigo.*

Les affections de ce groupe, peu répandues sous nos climats, sont, pour la plupart, attribuées à un excès de lumière solaire.

Cette classification des maladies a pour corollaire des *sanctions pratiques:* lutte contre la carence solaire (insolation naturelle ou artificielle); protection contre un excès de lumière; lutte contre le froid; lutte contre la chaleur (réfrigération des salles de malades).

G. Schreiber.

MALADIES ET INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
TRAITEMENT RATIONNEL ET PRATIQUE

BIS-KA-MA

B I S ◇ K A ◇ M A

POUDRE : ANTISEPTIQUE, ALCALINE - ABSORBANTE - CICATRISANTE

MICELLAIRE

PRINCIPES ACTIFS : Bismuth (carbonate) pur, Kaolin colloïdal, Magnésie, Mucilages végétaux.

INDICATIONS : Hyperchlorhydrie, Gastro-Entérites, Fermentations, Colites, Digestions difficiles, Constipation, Infections microbiennes et parasitaires.

POSOLOGIE :

INTESTIN : *1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun dans un verre d'eau pure ou de Vittel.*

ESTOMAC : A. DYSPEPSIES, HYPERCHLORHYDRIE, GASTRITES.
1 cuillerée à café dans un demi verre d'eau avant les trois repas.

B. AÉROPHAGIE, AIGREURS, DIGESTIONS DIFFICILES.
Même dose mais une heure après les repas.

ENFANTS : *une demi ou un quart de dose suivant l'âge et l'état général du sujet.*

B I S ◇ K A ◇ M A

SUPPOSITOIRE : CALMANT - ANTISEPTIQUE - CICATRISANT

SUPPOSITOIRE

PRINCIPES ACTIFS : Oxyquinoléine, Mercurochrome, Oxyde de Bismuth, Ephédrine, Jusquiame, Cigüe, Hédobutyl, Hypalène, Extrait de Guimauve, Kaolin colloïdal.

INDICATIONS : Hémorroïdes, Fissures anales, Sphinctéralgies rebelles, Ulcérations, Infections de voisinage des organes du petit bassin. Préparation aux interventions chirurgicales ou médicales sur le rectum.

POSOLOGIE :

ADULTES ET ENFANTS AU-DESSUS DE 12 ANS :
1 suppositoire après l'évacuation des selles, 1 suppositoire le soir au coucher.

ENFANTS DE 6 A 12 ANS : *Un demi suppositoire aux mêmes heures.*

B I S ◇ K A ◇ M A

RECTOPANSEMENT : CALMANT - ANTISEPTIQUE - CICATRISANT

RECTOPANSEMENT

PRINCIPES ACTIFS : Oxyquinoleine, Sous-Gallate de Bismuth, Cigüe, Extrait de Guimauve, Hypalène, Kaolin colloïdal, Oxyde de zinc.

INDICATIONS : Colites infectieuses, parasitaires ou toxiques, Rectites, Sigmoïdites, Polypes rectaux, Infections génito-urinaires, Cystites, Salpingites, Rétroversions douloureuses.

ADULTES ET ENFANTS AU-DESSUS DE 12 ANS

A { LÉSIONS DE L'AMPOULE RECTALE, DU CANAL ANOSPHINCTÉRIEN, DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES. *Une mesure de granulé rectopansement (7 gr. 50) émulsionnée dans 75 cc. d'eau tiède.*

B { LÉSIONS DU COLON SIGMOÏDE ET DU COLON ILIAQUE. *Deux mesures de granulé rectopansement (15 gr.) émulsionnées dans 150 cc. d'eau tiède.*

POSOLOGIE : ENFANTS DE 6 A 12 ANS : *1/2 ou 1/1 de dose suivant l'âge et l'état général du sujet.*



SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DE THÉRAPEUTIQUE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE
LABORATOIRES DURET ET RÉMY ET DU DOCTEUR PIERRE ROLLAND RÉUNIS



Docteur Pierre ROLLAND
Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris
Lauréat de l'Académie et de la Faculté de Médecine

USINE : *15, rue des Champs ASNIÈRES (Seine)*

DÉPOT : *127, bd. St-Michel, PARIS (Ve)*
Tél. : ODÉON 22-01

Marthe Erlich (Varsovie). ***Essai de traitement des nouveau-nés par le sang humain appliqué par voie buccale*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **10**, n° 5, 1934). — M. E. communique les résultats qu'elle a obtenus en faisant ingérer du sang total à une quarantaine de nouveau-nés.

Les nouveau-nés supportent bien en général le gavage ou l'ingestion de sang humain et le boivent volontiers, surtout quand il est coupé de lait. Ils le rejettent rarement ou en petite quantité. Un seul des enfants ainsi traité a été pris de vomissements abondants.

Après avoir administré 40 à 60 cmc de sang humain par voie buccale, dans un cas d'épistaxis et dans 2 cas de mélæna, dont un très grave, E. a obtenu l'arrêt des hémorragies aussi rapidement qu'après une injection de sang.

A la suite de l'ingestion de sang, les selles deviennent souvent hémorragiques. Au bout de 24 heures, les selles s'épaississent. La constipation suit souvent l'administration de doses répétées de sang.

Cette méthode a fourni un accroissement pondéral appréciable avec amélioration de l'état général chez certains prématurés débiles, chez des nourrissons hypothrepsiques ou convalescents.

G. Schreiber.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

Emile Sergent et **G. Poumeau-Delille.** ***Les accentuations radiologiques des arborescences broncho-vasculaires et leur valeur diagnostique*** (*Revue de la tuberculose*, 4e série, t. **2**, n° 8, Octobre 1934). — L'accentuation des arborescences broncho-vasculaires peut reconnaître des causes variées :

1° La stase veineuse dans les cardiopathies, au cours du rétrécissement mitral, au cours de la défaillance cardiaque. Il y a alors grand intérêt à étudier l'image cardiaque. La régression des images broncho-vasculaires sous l'influence du traitement toni-cardiaque est un argument en faveur de leur nature vasculaire.

2° L'hypertension de l'artère pulmonaire, dont les battements sont parfois très visibles radioscopiquement. Les hiles accentués ont des contours nets, l'arc moyen est anormalement allongé et saillant, alors que la silhouette du cœur est peu modifiée. Ce syndrome se voit au cours de nombreuses cardiopathies congénitales et acquises, de pneumopathies chroniques et au cours des affections de l'artère pulmonaire.

3° Les états de congestion pulmonaire active à l'origine d'infarctus, d'apoplexie pulmonaire, après une hémoptysie.

4° La stase lymphatique avec propagation de processus inflammatoires, tuberculeux par exemple, qui sont susceptibles d'évoluer vers la caséification et l'ulcération ou d'aboutir à la sclérose. Fréquemment dans la tuberculose ces arborescences accentuées s'accompagnent d'images en mailles de filet qui peuvent dépendre de la propagation du processus inflammatoire par les voies lymphatiques.

Cette accentuation des arborescences broncho-vasculaires peut apparaître chez un malade porteur depuis longtemps d'une adénopathie cervicale tuberculeuse. S. et P. en relatent un cas typique où l'on voit l'origine ganglionnaire d'une tuberculose pulmonaire et sa propagation par voie lymphatique.

De belles observations rendent très vivant ce travail.

Quelle que soit leur cause, les accentuations des arborescences broncho-vasculaires réalisent des images radiologiques très analogues, qui ne comportent qu'une signification morphologique et topographique, et nullement une signification de nature.

L. Rivet.

J. Stiassnie. ***Sur la fréquence variable selon le milieu des cuti-réactions positives*** (*Revue de la tuberculose*, 4e série, t. **2**, n° 8, Octobre 1934). — La statistique de S. porte sur 1.481 enfants âgés de 3 mois à 15 ans inclus, étudiés à ce point de vue au dispensaire antituberculeux des Usines Michelin, à Clermont-Ferrand. Ses pourcentages suivant l'âge diffèrent sensiblement de ceux établis par Marfan à l'hospice des Enfants-Assistés à Paris. Les statistiques rurales en diffèrent davantage encore. Aussi la cuti-réaction à la tuberculine, pratiquée en dehors des très grands centres urbains et surtout de leur clientèle hospitalière, apporte-t-elle une aide considérable au diagnostic de la tuberculose infantile et à la prophylaxie.

L. Rivet.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Erhard Glaser et **Oscar Haempel.** ***Les théories de Knaus-Ogino sur la fertilité ou la stérilité périodique de la femme peuvent-elles être confirmées par la sécrétion d'hormone du corps jaune par l'urine?*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 48; 1er Décembre 1934). — On sait que pour Knaus, l'ovulation survient 15 jours avant le début de la menstruation et qu'à ce moment, le corps jaune prend la prépondérance en rendant la musculature de l'utérus insensible à l'action du lobe postérieur de l'hypophyse, en hypertrophiant la muqueuse utérine et les glandes lactées puis finalement en inhibant la maturation de nouveaux follicules. Mais ces notions rencontrent des contradictions que G. et H. ont cherché à élucider en dosant les quantités d'hormone éliminée par l'urine au cours du cycle menstruel. Les dosages ont d'ailleurs déjà été faits à ce point de vue et ont montré notamment qu'au moment de la menstruation, on trouve non seulement de l'hormone ovarienne, mais encore, d'après Siebke, de l'hormone testiculaire à la dose d'une à deux unités-crête de coq. G. et H. ont donc étudié spécialement l'élément hormonal masculin qui, selon eux, provient principalement du corps jaune, de l'hormone gonadotrope préhypophysaire (prolan B) et sans doute aussi la cortisurrénale qui leur paraît également jouer un rôle.

Les hormones ont été purifiées par électrodialyse puis concentrées au bain-marie. Le produit actif a été employé pour déterminer le taux d'hormone du corps jaune en unités-poisson et, en outre, pour pratiquer l'épreuve de la croissance de l'oviducte sur la femelle du vairon.

Les recherches les plus intéressantes que G. et H. aient pu faire concernent une femme de 36 ans, vivant dans un milieu très calme et dont l'urine a pu être recueillie d'une façon complète pendant un certain nombre de cycles. Ces cycles sont revenus en moyenne tous les 24 jours avec comme chiffres extrêmes 21 (2 fois) et 27 jours (1 fois). Cette statistique repose sur 36 cycles. Il a pu être constaté d'une manière continue qu'il existait dans l'urine de cette femme de l'hormone masculine qui doit par conséquent être produite par d'autres organes que par le corps jaune, c'est-à-dire par l'hypophyse, par la corticosurrénale et aussi, en cas de gestation, par le placenta. En outre, cette hormone diminue au moment où le corps jaune a atteint son développement maximum comme si à ce moment, cette sécrétion était beaucoup plus utilisée qu'en d'autres temps pour les besoins de l'organisme. Le maximum survient donc pendant la menstruation (jusqu'à 3.000 unités-poisson pour 24 heures) puis diminue ensuite.

Quant à l'épreuve de l'oviducte du vairon, elle montre bien l'existence d'hormone sexuelle, mais avec trop d'irrégularités pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

P.-E. Morhardt.

H. Sachs et **G. Steiner.** ***Recherches sérologiques dans la sclérose multiple*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 48, 1er Décembre 1934). — Il ne paraît pas certain à S. et S. que la sclérose multiple entraîne sûrement des altérations sanguines spécifiques et ait une étiologie unique. Néanmoins ces auteurs ont tenté d'utiliser des extraits cérébraux pour voir si le sérum sanguin de ces malades présente une réactivité particulière. Ils ont eu pour cela recours à la méthode de la fixation du complément avec des extraits de cerveaux de malades morts de sclérose multiple, de paralysie générale, de schizophrénie, d'artériosclérose et conservés dans le formol parfois depuis plusieurs années ou encore récemment prélevés sur les cadavres.

Les résultats obtenus au cours de ces recherches ont montré que le sérum de malades atteints de sclérose multiple présente une réactivité pour des raisons qui n'ont rien de commun avec la syphilis. Ils n'ont donc considéré le résultat comme positif que lorsque la fixation du complément se faisait exclusivement avec des extraits de cerveau de malades atteints de sclérose multiple.

Il a été ainsi constaté, sur un total de 289 sérums provenant de malades atteints certainement de sclérose multiple, 120 réponses positives (41,5 pour 100) et 10 réponses douteuses (3,47 pour 100). Sur 1.340 sérums de contrôle, il a été constaté 41 réponses positives (3 pour 100) et 8 réponses douteuses (0,6 pour 100). Sur 173 cas simplement suspects de sclérose multiple, le nombre des réponses positives a été de 32 (18,5 pour 100) et celui des réponses douteuses de 8 (4,6 pour 100). Ainsi, le nombre des réponses positives est, en cas de sclérose multiple, nettement supérieur à ce qu'il est dans les autres cas. D'autre part, dans cette maladie, le nombre des réponses positives diminue avec l'âge de la maladie : il est de 76 pour 100 quand celle-ci remonte à 2 ans au plus, d'environ 45 pour 100 quand elle remonte à plus de 11 ans et à moins de 20 ans et de 20 pour 100 quand elle date de plus de 21 ans. Des différences analogues se constatent si on prend en considération, non plus l'âge de la maladie, mais celui du malade. De même, les réponses positives sont beaucoup plus fréquentes (78,7 pour 100) quand le malade se trouve dans une poussée que quand il se trouve en période de rémission (12,5 pour 100) ou stationnaire (31,3 pour 100). Ainsi, dans la sclérose multiple, il y aurait une altération du sang qui s'observe avec une fréquence particulière et qui n'est en rapport ni avec la syphilis, ni avec les réactions de labilité non spécifiques.

P.-E. Morhardt.

Hermann Eitel et **Arnold Loeser.** ***Inhibition de l'activité de la thyroïde par le sang animal*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 49, 8 Décembre 1934). — La substance à propriétés antithyroïdiennes découverte par Blum dans le sang et appelée catéchine thyroïdienne n'agit pas sur une glande normale. Pour en déterminer expérimentalement l'activité, il faut donc préalablement exciter chez les animaux les fonctions thyroïdiennes par exemple à l'aide de l'hormone préhypophysaire thyrotrope. C'est ce que E. et L. ont fait sur des cobayes de 180 à 220 gr. auxquels ils ont administré 5 unités-souris d'hormone thyrotrope pendant deux jours. Ils ont ainsi pu constater que ce traitement diminue la colorabilité de la colloïde et augmente modérément la hauteur de l'épithélium des follicules centraux. Mais si, en même temps que ces injections d'hormone thyrotrope, on administre du sérum de mouton, on arrive à prévenir l'apparition de ces modifications de la thyroïde.

Ainsi, un animal auquel on administre en 6 jours 12 cmc de sérum de mouton et 10 unités-souris d'hormone thyrotrope présente une glande thyroïde normale. Des résultats analogues sont ob-

tenus, mais avec des doses de sang plus importantes, après administration de celui-ci par la bouche.

E. et L. ont étudié comparativement une série de préparations données comme agissant dans le Basedow. Il a été ainsi constaté que le sérum de mouton éthyroïdé ne prévient pas les effets de l'hormone thyrotrope mais que, par contre, diverses préparations de sang sec de bœuf ou de mouton ou de la substance antithyroïdienne se montrent capables d'inhiber les effets d'une quantité déterminée d'hormone thyrotrope.

P.-E. Morhardt.

Heinrich Lippelt et **Carl Heller**. *Les effets des ondes courtes sur les bactéries* (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 49, 8 Décembre 1934). — Ayant constaté que l'irradiation par ondes courtes arrive à calmer les processus inflammatoires déterminés par les dents de sagesse, L. et H. ont étudié les effets des radiations de 4,10, de 5.70 et de 8 mètres sur divers germes cultivés sur milieu solide dans des plaques de Pétri. Il est d'ailleurs difficile, d'après L. et H., de déterminer l'énergie transformée par ces radiations. En tout cas, il ne faut pas que les milieux de culture s'échauffent sous cette influence dans des proportions qui rendraient l'application clinique de la méthode impossible. Dans ces limites, on peut cependant admettre que les milieux irradiés ne subissent de ce fait aucune transformation qui leur confère des propriétés inhibantes sur la culture microbienne. Avec le pneumocoque du type II, il a été constaté que les trois longueurs d'onde utilisées commencent au bout de 20 minutes à manifester une action plus ou moins inhibante sur les cultures de ce germe. Les effets d'une seconde irradiation faite 24 heures après la première s'additionnent à ceux de cette dernière. C'est avec la longueur de 5 m. 70 que les effets sont les plus nets. Mais il n'est pas impossible que l'émetteur irradie davantage de cette longueur d'onde que les deux autres. Avec le colibacille on a observé une stimulation nette de la croissance avec les ondes de 5 m. 70 appliquées pendant 10 minutes ou avec celles de 8 m. appliquées pendant 20 minutes.

Pour savoir si ces effets sont spécifiquement électriques ou en relation avec la température, L. et H. ont mesuré la température des récipients d'expérience et constaté qu'elle ne s'est pas élevée au-dessus de 30°5, la moyenne ayant été de 26°. Mais il n'est pas impossible que les radiations déterminent une élévation de température plus importante dans le corps bacillaire lui-même. S'il en était ainsi, on comprendrait que les mêmes radiations puissent stimuler ou au contraire inhiber la même souche bactérienne. Il n'est pas impossible d'ailleurs, comme on l'a parfois prétendu, qu'à côté de cette action thermique, il en existe une spécifiquement électrique qui aurait pour conséquence de modifier la structure des complexes moléculaires polaires.

Des recherches faites en chauffant au bain-marie les souches de bactéries utilisées dans les premières expériences ont montré que l'action de la chaleur (56° pendant 30 minutes) a des conséquences très différentes de celles des ondes courtes. Il paraît cependant probable que c'est dans un échauffement variable des bactéries qu'on doit chercher le mécanisme par lequel ces ondes agissent.

P.-E. Morhardt.

R. Boller. *Le traitement par la novocaïne de la maladie de Dercum* (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 50, 15 Décembre 1934). — B. ajoute 5 nouveaux cas de maladie de Dercum à celui qui fut amélioré par des injections de novocaïne et qu'il avait publié antérieurement. La technique consiste à utiliser une solution de novocaïne stérile à 2 ou à 4 pour 1.000 et à laquelle on ajoute 0.4 pour 100 de chlorate de soude. Cette solution doit être préparée extemporanément, car elle perd rapidement son activité. On en injecte 10 à 15 cmc, puis on porte progressivement la dose à 40 ou 60 suivant la sévérité du cas. En général, on commence par traiter une région puis on passe à une autre. Les injections sont très douloureuses, mais les résultats qu'elles donnent dès la seconde ou la troisième font que les patients ne les refusent pas.

Dans un premier cas concernant une femme de 35 ans, les douleurs ont complètement disparu et la graisse a fondu dans les régions où la novocaïne était injectée. Cet amaigrissement n'a d'ailleurs pas persisté mais les douleurs ont définitivement disparu. Dans les autres cas concernant des femmes de 58 ans, de 35 ans et de 56 ans, ces injections ont toujours eu des effets très remarquables sur les douleurs.

Actuellement, on n'est pas d'accord sur la pathogénie de cette maladie pas plus que sur celle de l'obésité simple où les uns voient une affection d'origine hypophysaire et les autres d'origine thyroïdienne. En ce qui concerne la maladie de Dercum, il y a d'ailleurs lieu de songer à une polynévrite, car on trouve au niveau des nerfs qui parcourent le tissu graisseux des altérations inflammatoires. C'est sur ces inflammations que les injections de novocaïne agiraient.

P.-E. Morhardt.

Giovanni dell'Acqua. *Alcoolémie après injection intraveineuse d'alcool* (*Klinische Wochenschrift*, t. **13**, n° 50, 15 Décembre 1934). — Il a été constaté à diverses reprises que l'alcool injecté dans les veines disparaît moins vite en cas d'hépatopathie que normalement. D. a cherché à préciser nos connaissances sur ce point en procédant à une série d'expériences au cours desquelles il a administré, par kilogramme, 0,15 cmc d'alcool à 95° dilué avec quatre parties d'une solution salée physiologique. Dans un seul cas sur 28, il a été constaté que ces injections étaient douloureuses. L'analyse du sang faite avant et après a montré dans 16 cas de maladies diverses une augmentation rapide de l'alcool du sang qui passe en moyenne de 5,67 avant l'injection à 31,2 cinq minutes après l'injection pour revenir près de la normale (6.6) au bout de 90 minutes, la surface dessinée par la courbe représentant 13,2 cmq. Chez 7 obèses, l'augmentation a été relativement beaucoup plus importante et le retour à la normale beaucoup plus lent : 3,8 avant, 42 cinq minutes après et 9,9 quatre-vingt-dix minutes après l'injection, donnant une surface de 16,9. Chez 5 diabétiques, la courbe est assez analogue, les chiffres correspondants étant 4,6, 31,4 et 7,3 et la surface 17,4.

D'un autre côté, ces injections d'alcool ont fait en général augmenter la glycémie surtout dans le sang recueilli cinq minutes après l'injection. Ainsi, chez les diabétiques et chez les obèses, la courbe de l'alcoolémie présente des caractères particuliers qui tendent à montrer que le tissu graisseux absorbe moins d'alcool que les autres tissus.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague et Vienne)

E. Spira (Prague). *A propos d'un cas de spina ventosa multiple* (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 44, 2 Novembre 1934). — S. a observé un cas de bacillose avec spélonques chez une femme de 24 ans, chez qui survinrent des gonflements et une teinte bleuâtre des téguments des 4e et 5e doigts de la main droite.

La radiographie (publiée dans cet article) montrait des cavités ovalaires dans la dernière phalange de ces deux doigts et même une autre cavité au médius. Au 3e doigt seulement on notait une altération de l'architecture osseuse, considérable. L'examen histologique montrait la présence de cellules rondes et épithélioïdes. S. pense que l'existence de ces *spina ventosa* chez une bacillaire avérée est due à une forme atténuée de bacillose ou bien encore à une forme spéciale de réaction de l'organisme devant cette infection. D'après S. la localisation trouvée serait inexplicable.

Guy Hausser.

W. Altschul (Prague) et **V. Schiller** (Wlaschim). *Prophylaxie de la maladie des rayons X (Röntgenkater) par l'insuline* (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 44, 2 Novembre 1934). — Cette affection serait surtout fréquente au cours du traitement de maux de Pott dorsaux-lombaires pendant lequel les rayons atteignent le foie et les organes abdominaux. Cette affection se traduit par de l'inappétence et une asthénie marquée.

A. et S. ont trouvé que l'utilisation de 12 unités d'insuline en injections sous-cutanées, 1 h. à 1 h. 1/2 avant le traitement, atténue considérablement sinon supprime ces malaises même chez des sujets antérieurement atteints. Une certaine influence suggestive, il est vrai, y joue aussi un rôle; des injections de sérum physiologique amaient, en effet, une certaine action.

Guy Hausser.

M. Sternberg (Vienne). *Une curieuse affection rhumatismale: la sclérodermie pigmentaire périarticulaire* (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 45, 9 Novembre 1934). — S. décrit 3 cas d'une affection peu connue jusqu'à maintenant. Le tissu conjonctif périarticulaire (coude, genou, etc.) subit une sorte de transformation ligneuse et très douloureuse sans aucun gonflement de l'articulation. En même temps, la peau se pigmente plus ou moins intensément d'une teinte brunâtre. On observe également une coloration anormale de la muqueuse buccale.

Les deux premiers cas examinés pendant la guerre n'ont pu être approfondis, le 3e observé en 1923 avait trait à un sujet qui était atteint à un tel point que la marche était impossible. Une radiographie montra une ostéo-chlorose intense sans aucun autre signe pathologique.

Un traitement avec de la « fibrolysine », de l'air chaud local et de la mécanothérapie soulagèrent le malade.

S. ignore la pathogénie de cette affection qui n'a de rhumatismal que l'aspect extérieur. Il propose d'appeler cette affection « sclerodermia periarticularis pigmentosa ».

Guy Hausser.

A. Saxl (Vienne). *Douleurs rhumatismales et douleurs périostiques des apophyses épineuses de la 7e cervicale et de la 1re dorsale* (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 45, 9 Novembre 1934). — Les douleurs rhumatoïdes sont fréquentes dans la région cervicale. Ces douleurs siègent surtout sur le territoire compris entre la 7e cervicale et la 1re dorsale.

La douleur se propage aux épaules et aux bras, assez souvent. Ces deux apophyses sont particulièrement sensibles à la pression. Leur fréquente atteinte s'explique anatomiquement par leur proéminence, qui les expose volontiers aux traumatismes.

Ces affections peuvent durer de 1 à 2 mois et sont souvent associées à d'autres douleurs rhumatismales. Comme traitement, S. recommande la chaleur (lampes « Solux » et « Profundus »), le massage léger et au besoin les analgésiques.

Guy Hausser.

H. Löw et **H. Krcma** (Vienne). *Migraines et métabolisme* (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 45, 9 Novembre 1934). — L. et K. ont constaté que la

plupart des sujets atteints de migraines montrent un abaissement du métabolisme basal entre 13 et 41 pour 100. Ils concluent au trouble des échanges nutritifs dans les cas de migraines.

D'après eux, l'abaissement du métabolisme basal au cours de la migraine s'expliquerait par une atteinte cérébrale permanente. Ils ont constaté d'ailleurs un abaissement du métabolisme basal au cours de diverses maladies anergisantes (urticaire, asthme, etc., etc.). L. et K. montrent ensuite l'influence des dysfonctionnements thyroïdiens au cours de ces affections.

L. et K. ont observé chez une thyroïdectomisée pour goitre un abaissement du métabolisme basal de 12 pour 100 qui, quelque temps après, eut des urticaires et des poussées œdémateuses buccales. Le métabolisme basal s'abaissa encore de 3 pour 100. Ces manifestations disparurent par l'injection sous-cutanée d'un milligramme de thyroxine et en même temps le métabolisme basal redevint normal.

Guy Haussen.

Ph. Janson (Hermersberg). ***Alopécie en aire et traitements opothérapiques*** (*Medizinische Klinik*, t. 30, n° 48, 30 Novembre 1934). — J. obtient 100 pour 100 de succès en employant le « progynon » dans le traitement de ces alopécies, alors que Höcker n'en a pas obtenu. Dans le cas de ce dernier, on notait une insuffisance ovarienne et un hyper-fonctionnement de l'hypophyse qui ont peut-être nui à l'action du « progynon ».

J. rapporte le cas d'une jeune fille atteinte d'alopécie et en même temps de dysménorrhée. Le progynon l'améliora considérablement et surtout l'emploi de 10.000 unités de « progynon B. oleosum » amena la guérison complète.

J. pense qu'en multipliant les observations, on pourra fixer avec plus de précisions les doses exactes de progynon à utiliser.

Guy Haussen.

H. Schur (Vienne). ***Les nouveaux problèmes du diabète sucré, leurs rapports avec la pathogénie des symptômes diabétiques*** (*Medizinische Klinik*, t. 30, n° 49, 7 Décembre 1934). — On a constaté que l'insuline avait deux effets principaux : le premier de permettre une meilleure assimilation et élimination des hydrates de carbone et des graisses, le second de diminuer la glycolyse hépatique.

En dehors des troubles du fonctionnement des îlots de Langerhans le diabète sucré est dû à d'autres facteurs tels que : capacité d'absorption des différents tissus (graisses), glycolyse hépatique. Ces deux facteurs dépendent eux-mêmes de nombreux autres d'ordre physiologique et pathologique.

Les troubles extra-insulaires sont importants à considérer notamment pour le coma diabétique et pour quelques autres complications graves du diabète. La thérapeutique peut parfois faire disparaître ces troubles extra-insulaires encore que, assez souvent, ils disparaissent spontanément. Des guérisons et des améliorations des troubles du métabolisme des échanges nutritifs sont dues aussi à l'influence de l'amélioration ou à la guérison des lésions extra-insulaires, telles, en particulier, la glycogénèse et l'état du tissu adipeux. Les améliorations ainsi obtenues sont durables alors qu'il n'est pas possible de prouver que l'on puisse influer sur les lésions insulaires.

S. croit que ses théories donnent une certaine valeur à la diminution des graisses dans la ration alimentaire. Cependant, ceci ne peut avoir d'effet que s'il n'existe pas en dehors du diabète des troubles du métabolisme des graisses.

Guy Haussen.

M. Bartels (Dortmund). ***Le nystagmus des mineurs*** (*Medizinische Klinik*, t. 30, n° 49, 7 Décembre 1934). — Affection fréquente chez les mineurs puisque, en Angleterre, on compte jusqu'à 25 pour 100 de sujets atteints.

Il s'agit de spasmes convulsifs décrivant souvent des trajets circulaires, rapides. Ils apparaissent seulement au bout de deux à trois ans de travail souterrain. Ce nystagmus évolue vers une myopie importante qui peut arriver à contraindre le mineur à abandonner son travail.

La guérison ne peut être obtenue qu'au prix de la cessation du travail souterrain. Néanmoins, de nombreux sujets réussissent à éviter les fâcheuses complications du nystagmus en adoptant une position particulière de la tête (variable suivant les individus). Ce nystagmus ne se rencontre que chez les mineurs extrayant du charbon, probablement il est dû à l'insuffisance de l'éclairage.

Cependant, comme tous les mineurs n'en sont pas atteints, peut-être y a-t-il des prédispositions particulières, dont la nature nous est encore inconnue. D'après B., il s'agirait de troubles nerveux dus aux conditions mêmes du travail des mineurs.

Guy Haussen.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

K. Ehrhardt et **K. Kühn**. ***Nouvelles recherches sur la croissance artificielle (hormonale) de l'oviducte du vairon femelle*** (*Endokrinologie*, t. 15, n° 1-2, Décembre 1934). — L'épreuve du vairon a été appliquée d'abord à une série de 25 femmes chez lesquelles l'ovaire ne fonctionnait certainement plus (castration opératoire ou par les rayons de Rœntgen). Il n'a pas été constaté que l'hormone de la croissance de l'oviducte ait été augmentée chez deux femmes sur cinq atteintes de myome. Sur 20 cas de cancer génital, la réponse a été positive ou faiblement positive 8 fois. Ces constatations sont d'accord avec celles qui ont été faites par d'autres méthodes sur des malades atteintes de cancer génital.

Chez les jeunes filles avant la puberté, la réponse a été positive 5 fois sur 12 chez les fillettes âgées de 6 à 10 ans. Par contre, cinq nourrissons filles ont donné des résultats entièrement négatifs.

Dans l'urine recueillie pendant un cycle menstruel, il a été constaté que cette hormone existe d'une façon continue mais surtout entre le 17e et le 20e jour. Dans l'urine d'hommes elle se trouve également, car la réaction a été positive quatre fois sur vingt. Dans le sang citraté, on en trouve, mais par contre, il n'en existe ni dans le sérum, ni dans le caillot. Il semblerait donc que le processus de coagulation inactive cette hormone, fait qui ne s'observe pas avec l'hormone folliculaire qui est en jeu de l'épreuve Allen-Doisy. Dans le placenta, cette hormone de croissance a été retrouvée dans tous les cas en proportion moindre que l'hormone de l'œstrus. Dans l'urine de juments gravides, elle existe en proportion assez faible. Dans les préparations ovariennes, elle existe même dans des proportions qui ne varient pas proportionnellement à la quantité d'hormone de l'œstrus. Ainsi, par exemple, une quantité d'hormone folliculaire cristallisée d'une grande activité a eu peu d'effet sur l'oviducte.

Cette hormone de l'oviducte résiste bien à la chaleur. Elle est bien soluble dans les solvants organiques usuels et elle n'est pas altérée par ébullition avec les alcalins ou avec les acides faibles. Pour préparer des extraits urinaires, E. et K. commencent par soumettre l'urine à l'action d'une lessive de soude à 2 pour 100, la température atteignant 50° ou 60°. Ils traitent ensuite avec de l'éther ou du benzol. Mais les extraits ainsi obtenus n'ont pas toujours une grande activité. L'hormone est facilement adsorbée par le charbon animal mais son élution est difficile. Il semble s'agir d'un principe qui n'est pas identique à l'hormone de l'œstrus.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

R. Pape. ***A propos de l'aspect radiologique de l'atrophie de la muqueuse gastrique dans l'anémie pernicieuse*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 50, n° 4, Octobre 1934). — Les constatations anatomo-pathologiques ont permis de reconnaître dans un grand nombre de cas d'anémie pernicieuse l'existence d'une atrophie de la muqueuse gastrique, le plus souvent sous forme atrophique, plus rarement sous forme d'une gastrite chronique atrophique hyperplasique. L'étude radiologique de cette atrophie n'avait pas encore permis aux auteurs d'établir des conclusions unanimes en raison surtout du manque de contrôles nécropsiques.

P. a poursuivi des recherches sur 45 sujets et, de celles-ci, P. conclut que pour apprécier l'épaisseur de la muqueuse il est préférable, dans les cas où la muqueuse est normale ou lorsqu'elle est amincie, de *tenir compte de la facilité avec laquelle il est possible d'effacer les plis, plutôt que de leurs dimensions ;* c'est qu'en effet les dimensions des plis ne sont pas seulement fonction de l'épaisseur mais sont conditionnées aussi par le degré de remplissage de l'estomac, sa tonicité, le degré de compression de l'organe, sa situation et la position du sujet.

P., par le contrôle post-mortem de certains des cas qu'il a observés, montre que, bien que lors de l'examen les plis de la muqueuse n'aient pas semblé être particulièrement étroits, la grande facilité avec laquelle, pour un remplissage moyen et une compression légère, il était possible de faire disparaître l'image des plis, traduisait l'existence d'une muqueuse mince.

Le fait que l'élargissement de l'image des plis en position couchée est différent de l'aspect en position debout n'est pas contraire à l'atrophie bien que l'examen radiologique, seul, ne puisse permettre de faire le diagnostic entre les cas où il s'agit d'une muqueuse mince normale, ou d'un cas d'atrophie vraie.

P. a observé qu'il était possible de réaliser une disparition anormalement facile des plis dans 50 pour 100 de tous les cas d'anémie pernicieuse alors qu'elle n'existe que dans 20 pour 100 environ des cas chez des sujets de contrôle. P. n'a pas observé dans l'anémie pernicieuse la forme décrite par Chaoul sous le nom de « disparition du relief » et pense qu'on n'est appelé à la rencontrer que dans les cas de gastrite atrophique hyperplasique.

Les modifications hyperplasiques seraient pour P. rares, en général, dans l'anémie pernicieuse ; il en a cependant observé deux cas, à titre de symptôme accessoire, dans des cas de cancer gastrique avec lésions pernicieuses du sang. Quand ces deux affections coexistent il semble que le diagnostic de malignité ne soit presque jamais porté à temps.

Dans un des deux cas observés par P. il a été possible de procéder à une intervention radicale.

Dans les cas, d'ailleurs rares, où la gastrite hyperplasique précède l'évolution du néoplasme, la constatation des altérations hyperplasiques de la muqueuse est importante et P. pense qu'il pourrait y avoir là, à condition d'en discuter les observations, un moyen de diagnostiquer plus souvent à temps un néoplasme dans les cas où l'on se trouve en présence d'une anémie pernicieuse.

Morel Kahn.

A. Bejul et **L. Holst**. ***Radiodiagnostic de l'appendicite chronique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 50, n° 4, Octobre 1934). — Trop d'erreurs de diagnostic interviennent encore dans le diagnostic d'appendicite chronique. B. et H. considèrent que l'examen radiolo-

gique s'impose dans tous les cas où l'on suspecte une appendicite, non seulement parce qu'il facilite le diagnostic, mais aussi parce qu'il peut servir de guide à l'acte opératoire.

De leur expérience B. et H. tirent les conclusions suivantes: 1° Tout appendice sain peut être rendu visible par la substance opaque; si, avec une bonne technique, le remplissage de l'appendice fait défaut, il y a lieu de considérer ce signe comme pathognomonique d'une appendicite chronique; un remplissage incomplet est en faveur d'une appendicite chronique; 2° si, surtout dans ces deux derniers cas, on peut constater un point douloureux dans la région appendiculaire, il y a là un symptôme pathognomonique; 3° une diminution de mobilité de l'appendice accompagnant d'autres signes doit être considérée comme symptôme d'appendicite; 4° les modifications iléocæcales ne constituent que des signes secondaires, indirects; les modifications de forme de l'appendice, sans fixité et sans point douloureux, n'ont aucune valeur et le remplissage régulier de l'appendice sans point douloureux est en faveur d'un appendice normal.

Technique: Evacuation aussi complète que possible de l'intestin par laxatif et lavement; le jour suivant absorption en trois fois de substance opaque (en solution amidonnée): 100 gr. le matin, 50 gr. à 13 heures, 50 gr. vers 18 heures. Le lendemain, jour de l'examen, pas de diète, repas carné (viande hachée) avec purée de légumes, biscottes; premier examen entre 19 et 20 heures, second examen le lendemain vers 11 heures et s'il y a lieu à 14 et 19 heures ce même jour.

Sur 68 cas B. et H. ont constaté 45 fois (68 pour 100) le remplissage de l'appendice plus ou moins complet. Ils discutent longuement les constatations opératoires qui ont suivi l'examen aux rayons.

MOREL KAHN.

R. Kienböck et **K. Weiss.** ***A propos des diverticules d'origine inflammatoire du péricarde*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 50, n° 5, Novembre 1934). — K. et W. rapportent deux observations de diverticules du péricarde d'origine inflammatoire dans lesquelles le diagnostic put être porté par l'examen aux rayons X.

Ce n'est d'ailleurs qu'au cours de ces dernières années que la possibilité de ce diagnostic a été démontrée; l'aspect radiologique consiste en une masse intrathoracique anormale dont le siège, la forme et les dimensions sont caractéristiques; paracardiaque, siégeant plus souvent à droite qu'à gauche, d'aspect kystique, de forme arrondie, ovalaire, cette masse dont les dimensions varient de celles d'une pomme à celles d'un poing est parfois animée de pulsations synchrones à celles du cœur; également caractéristique est le lent accroissement de cette image et sa fixité quand elle a atteint une certaine dimension. Comme les signes cliniques et les douleurs cardiaques de types variés appellent l'attention sur le cœur, K. et W. pensent que l'on est en droit, lorsque l'on constate à l'examen radiologique l'aspect caractéristique décrit ci-dessus, de porter le diagnostic de « diverticule d'origine inflammatoire au cours d'une péricardite adhésive chronique » et d'éliminer celui d'anévrysme de l'aorte, même dans les cas où la paroi est calcifiée.

MOREL KAHN.

G. von der Weth. ***Radiokymographie et collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 50, n° 5, Novembre 1934). — Deux questions dominent le problème des interventions susceptibles d'être pratiquées chez les tuberculeux (pneumothorax, phrénicectomie, thoracoplastie...) : Existe-t-il des adhérences pleurales et à quel degré, et la radiokymographie permet d'y répondre; elle facilite en effet le diagnostic des adhérences pleurales et les images qu'elle fournit permettent d'étudier quatre symptômes cardinaux :

1° Les adhérences du sinus costo-diaphragmatique se traduisent par une décroissance périphérique des « pointes diaphragmatiques ».

2° Les adhérences de la plèvre pariétale s'accompagnent d'une diminution de la mobilité du poumon par rapport au diaphragme; les « pointes pulmonaires » du côté atteint correspondant aux « pointes diaphragmatiques » sont plus rapprochées du diaphragme que du côté opposé.

Ces adhérences provoquent une décroissance, vers la périphérie, des « pointes intra-pulmonaires ».

3° Les adhérences de la scissure interlobaire principale s'accompagnent d'une mobilité vers la région supérieure anormalement exagérée du diaphragme.

La radiokymographie joue aussi bien pour les adhérences partielles que pour les adhérences complètes. Les mouvements pendulaires que l'on peut observer au niveau de l'ombre cardio-vasculaire, quand existe une rétraction hémithoracique, peuvent faire penser, soit à des phénomènes de traction, soit à l'existence d'un « médiastin mou ».

L'exagération vers la partie supérieure du poumon des mouvements diaphragmatiques ne s'observe pas seulement dans les cas d'adhérences scissurales, mais aussi dans ceux où il existe des rétractions secondaires à ces adhérences.

Des brides adhérentielles peuvent exister en certains points limités de la région cardiaque et peuvent être à l'origine des troubles cardiaques d'ordre mécanique qu'il faut se garder de rapporter à des lésions du myocarde.

Ce sont les différentes observations que permet ainsi de faire la radiokymographie qui ont une importance évidente au point de vue des interventions à discuter.

MOREL KAHN.

Farberow, Haas, Kovacs. ***Recherches radiologiques sur la selle turcique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 50, n° 5, Novembre 1934). — Nous donnons ci-dessous le résumé de trois importants mémoires consacrés aux recherches radiologiques sur la selle turcique.

— **Farberow** étudie le *radiodiagnostic des tumeurs de la région sellaire* et met en évidence le rôle important du radio-diagnostic en raison de la grande variété de la symptomatologie; cet examen demande un radiologiste averti et il est pourtant des cas où la localisation de la tumeur reste douteuse, comme il en est d'autres où il est même presque impossible d'affirmer si l'aspect de la selle turcique est, ou non, normal · c'est qu'en effet le développement de celle-ci, et sa morphologie, comme ceux de la région du voisinage, sont extrêmement variables.

F. n'est pas partisan des techniques si variées qui ont été proposées pour l'examen du crâne et qui ne sont que secondaires et il rappelle que la stéréoradiographie, comme l'usage du Potter-Bucky, ne sont pas admis par tous les auteurs. Par contre il *recommande d'unifier la technique radiographique* (distance, rayon normal, qualité du rayonnement, position de la tête) et insiste sur l'importance capitale des images de profil ainsi que sur les mensurations de la selle turcique, le procédé le meilleur lui paraissant être celui de Chaumet.

L'étude des radiographies doit être faite très minutieusement en s'attachant aux moindres anomalies et aux plus fins détails, quel que soit le degré des altérations par rapport à l'aspect normal, et même quand les modifications sont très accentuées.

On ne constate que *rarement des signes directs* de tumeur, calcifications en particulier; mais par contre *les tumeurs se manifestent en général par des signes indirects:* déformations ou destructions partielles, localisées ou totales de la selle turcique. C'est surtout dans les cas de *tumeur intra-sellaire* que ces signes prennent de l'importance, en ce que, non seulement ils permettent d'affirmer l'existence d'une tumeur, mais encore en ce qu'ils en permettent la localisation; ces modifications, quand elles ne sont ni trop minimes, ni trop étendues, constituent l'élément de diagnostic le plus important en clinique, supérieur à tous les autres.

Beaucoup plus difficile est le diagnostic radiologique des *tumeurs sus-sellaires*, à part les cas où il existe des calcifications. Ces tumeurs s'accompagnent en général, en dehors des lésions plus ou moins marquées de la selle turcique constatables à la radiographie, d'un syndrome chiasmatique (altérations du champ visuel, stase papillaire); on ne saurait cependant, sur le vu seul du cliché, situer exactement la tumeur et son extension, et il devient indispensable de recourir à un examen neurologique complet.

Des *tumeurs sous-sellaires* peuvent s'accompagner de troubles hypophysaires et même d'un syndrome chiasmatique. La radiographie permet d'en reconnaître le siège et l'extension sans permettre d'en préciser la nature.

L'importance des rayons X demeure capitale aussi au point de vue du diagnostic différentiel puisqu'ils permettent de localiser la lésion et d'éliminer de nombreuses affections dont le tableau clinique peut simuler celui des tumeurs, comme, entre autres, les dystrophies adiposo-génitales et l'acromégalie.

— **L. Haas** discute *quelques points particuliers du radio-diagnostic de la selle turcique* et leur consacre deux mémoires: 1° *sur les contours de la selle turcique:* Pour H., sur les radiographies techniquement bonnes, le dos de la selle comporte normalement trois contours et il n'y a pas lieu de considérer comme pathologiques, *à priori*, les cas où l'on n'observe que deux contours (du fait de conditions anatomiques particulières ou de la projection de l'image) pas plus que ceux où l'on relève plus de trois contours.

Normalement la paroi antérieure de la selle et le plancher ne donnent pas d'image à double contour mais il n'y a cependant pas lieu de considérer comme nécessairement dus à des conditions pathologiques les contours doubles que l'on peut observer.

H. explique les conditions anatomiques et techniques qui contribuent à réaliser ces aspects.

2° *Sur le volume de la selle turcique.* H. n'a pas utilisé de procédé particulier pour évaluer le volume de la selle turcique et il s'est borné à employer ceux que différents auteurs avaient essayés et qui comportent des mensurations assez différentes pour une concordance cependant assez approximative des résultats. Il paraît à H. que c'est aux éléments mêmes de mesure qu'il convient de rapporter les différences constatées; ceux-ci doivent être parfaitement définis et reconnus (profils de la selle, dos de la selle) en rejetant absolument les éléments extra-sellaires parmi lesquels H. place notamment les apophyses clinoïdes.

— **A. Kovacs** a poursuivi des *recherches sur les dimensions de la selle turcique chez les enfants et les adultes par le procédé de Haas.*

De nombreuses radiographies explicatives, des tableaux et d'importantes statistiques éclairent ce travail basé sur 650 observations (des premiers mois de la naissance à 24 ans) qui a pour but de corriger les divergences que l'on peut relever dans les mensurations dues à de nombreux auteurs, divergences résultant surtout du manque d'uniformité dans le choix des éléments de mesure.

K. a plus spécialement eu en vue de déterminer: 1° les limites des variations de dimensions de la selle turcique normale chez l'adulte.

2° la croissance de la selle turcique au cours du développement du nourrisson et de l'enfant.

3° le rapport qui existe entre la croissance de la selle turcique et celle du crâne.

4° le rapport qui existe entre le volume de l'hypophyse et l'image radiographique de la selle turcique.

Ce sont ces rapports que K. a résumés en courbes très claires.

MOREL KAHN.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE *(Leipzig)*

Löwenstein. *Le diagnostic de tuberculose est-il lié à la présence du follicule tuberculeux* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **71**, n° 1-2, 1934)? — L. répond négativement à la question qu'il pose dans le titre de cet article. Ce ne sont pas les modifications histologiques, mais la présence de bacilles de Koch qui doit faire affirmer la tuberculose; la structure folliculaire constitue à son avis une phase facultative du cycle, qui dépend de la virulence de la touche, de l'état d'immunité, etc... La phase d'invasion de l'infection tuberculeuse, au cours de laquelle apparaît souvent un érythème noueux, s'accompagne fréquemment d'une cuti négative; le follicule tuberculeux représente une réaction allergique de l'organisme. Dans la polyarthrite, on trouve le bacille de Koch dans les amygdales, dans le sang, dans le liquide articulaire. Chez les choréiques, on le retrouve également dans le liquide céphalo-rachidien; L. a mis en évidence le bacille de Koch au cours d'une série d'affections oculaires, dans l'ophtalmie sympathique, dans la démence précoce, dans la névrite rétro-bulbaire, dans les scléroses combinées, etc...

G. BASCH.

Ekhart. *Bacillémie tuberculeuse au cours des diverses formes de la tuberculose, d'après la classification de Neumann* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **71**, n° 1-2, 1934). — E. a pratiqué la recherche du bacille de Koch dans le sang d'après la technique de Löwenstein chez un grand nombre de patients atteints des formes les plus diverses de tuberculose pulmonaire: sur 84 hommes, 18 présentèrent une hémoculture positive; chez 70 femmes, 13 donnèrent un résultat positif, soit, dans l'ensemble, pour 176 hémocultures, 32 résultats positifs, c'est-à-dire 18 pour 100. Parmi ces cas, signalons une maladie de Paltauf-Sternberg dont l'examen radiologique était parfaitement négatif, et 5 cas d'asthme bronchique. En résumé, ces constatations répondent au pourcentage général déjà noté par d'autres auteurs, sans qu'on puisse noter une prédisposition suivant le sexe; on a eu la surprise d'avoir une hémoculture positive dans des cas de tuberculose légère. Il est à souhaiter que de semblables recherches soient mises en œuvre dans un grand nombre de laboratoires.

G. BASCH.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE *(Baltimore)*

P. Rous et J. W. Beard. *Une néoplasie ayant les caractères d'une tumeur produite chez les mammifères par un virus (papillome du lapin de Shope)* [*The Journal of experimental Medicine*, t. **60**, n° 6, Décembre 1934]. — Les tentatives faites pour mettre en évidence des agents pathogènes dans les tumeurs des mammifères sont restées infructueuses jusqu'ici. Dans ce travail, R. et B. n'ont pas eu en vue ce but, mais ils ont cherché à savoir si une néoplasie, connue comme due à un virus et à caractères endémiques, le papillome de Shope, possède les caractères immédiats et les potentialités d'une tumeur.

Cette néoplasie, qui se rencontre sur la peau des lapins de garenne, a l'aspect d'un papillome et ne présente pas d'inclusions indiquant la présence d'un virus. Elle s'étend en profondeur et rétrocède rarement. Elle s'inocule facilement au lapin domestique, mais chez cet animal le virus ne peut en général être retrouvé sous forme active.

R. et B. ont vu que les papillomes cutanés, résultant d'une inoculation du virus, peuvent être facilement inoculés dans les viscères des hôtes favorables (lapin domestique) en implantant des fragments du tissu vivant. Les productions ainsi obtenues prolifèrent activement et causent souvent la mort. Fréquemment, elles ont une tendance envahissante et destructive et reparaissent après ablation. L'infection par les bactéries est capable de renforcer leur malignité. Souvent, on note une dissémination à l'occasion de l'opération, en particulier à la surface du péritoine. Toute réaction cellulaire peut faire défaut autour de l'épithélium envahissant des néoplasies viscérales, mais d'ordinaire on constate une néoformation de tissu conjonctif, généralement en proportion inverse de la prolifération épithéliale.

Les néoplasies, qui se montrent après implantation du tissu papillomateux dans les viscères, sont dues à la survivance et à la multiplication des cellules transplantées. Toutefois, on peut facilement en isoler le virus, tout au moins chez les lapins de garenne. On ne trouve pas de modifications caractéristiques dans le sang des animaux inoculés. Le virus lui-même se montre extrêmement spécifique à l'égard de l'épithélium de la peau; il est dépourvu d'action sur l'épithélium des autres organes, et même sur la peau embryonnaire.

Les papillomes pénètrent souvent dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, surtout au niveau des bords des néoplasies dues à l'implantation. L'injection intravasculaire de fragments de papillome produit parfois des nodules pulmonaires ayant une morphologie caractéristique, dus à la prolifération des cellules injectées. Des nodules secondaires ont été trouvés à l'autopsie dans un ganglion et dans le poumon, mais dans des conditions qui font penser davantage à une dissémination opératoire de la néoplasie qu'à une véritable métastase.

Les néoplasies, réalisées par implantation du papillome chez des hôtes favorables, ont la morphologie de tumeurs épidermoïdes de plus ou moins grande malignité. Elles se comportent comme ces dernières et provoquent des modifications analogues dans les tissus environnants.

R. et B. ont étudié l'influence de certains agents chimiques et physiques sur les proliférations cutanées.

L'injection de Scharlachrot dans la peau du lapin autour des papillomes inoculés provoque un envahissement des tissus sous-jacents et un développement exubérant en surface. Les proliférations apparaissent histologiquement très malignes et elles envahissent souvent les vaisseaux sanguins. En recouvrant les papillomes jeunes avec du collodion, ils prolifèrent en profondeur, donnant des masses discoïdes, qui ont les papilles tournées vers l'intérieur, à l'inverse de ce qui a lieu quand la production siège à la surface de la peau. Les particularités de l'hôte influencent grandement les papillomes de la peau ainsi que le montrent les formes qu'ils affectent, mais les modifications épithéliales causées par le virus se font dans une direction unique et l'on ne rencontre pas de variations de type significatives.

Il n'est pas rare qu'il se produise une régression locale ou généralisée des papillomes expérimentaux. Les changements histologiques qui se montrent alors sont identiques à ceux qui accompagnent la régression des tumeurs épidermoïdes et les réactions qui ont lieu dans le tissu environnant ressemblent aussi à celles que l'on voit autour de ces tumeurs. L'arrêt de développement qui se produit secondairement dans les papillomes expérimentaux de la peau s'accompagne de la formation d'une couche dense de tissu conjonctif sous le papillome; c'est à cette réaction qu'il faut attribuer cette évolution. On a souvent fait des constatations analogues en matière de tumeurs, et en particulier dans les cancers épidermoïdes déterminés par le goudron chez les lapins.

Cette étude expérimentale du papillome de Shope du lapin montre donc qu'il possède les caractères auxquels on reconnaît les tumeurs. Souvent, il a l'apparence d'un néoplasme malin et se comporte comme ceux-ci. Il diffère des tumeurs dans son mode d'apparition qui est celui d'un processus infectieux, et des autres tumeurs des mammifères en ce que sa cause a été mise en lumière. R. et B discutent la portée de ces constatations en ce qui touche le problème de l'étiologie des tumeurs. La morphologie et le comportement de la généralité des tumeurs ne peuvent être invoqués plus longtemps pour exclure la possibilité de leur production sous l'influence d'agents animés extrinsèques. L'apparition de quelques-unes de ces tumeurs, tout au moins, et l'impossibilité où nous sommes de mettre en évidence leur cause, peuvent s'expliquer si l'on admet qu'elles sont dues à des agents de ce genre largement répandus parmi les animaux, mais n'entrant en activité que dans des circonstances spéciales.

P.-L. MARIE.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA *(Milan)*

R. Reitano et R. Garau. *Sur la cirrhose hépatique de Morgagni-Laennec* (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. 5, n° 4, Juillet-Août 1934). — Ce travail donne la statistique des cas de cirrhose observés aux Instituts d'Anatomie pathologique de Milan et de Cagliari; les pourcentages sont dans l'ensemble assez comparables et on n'indiquera que ceux du premier Institut qui portent sur le plus grand nombre de cas. *Fréquence des cirrhoses:* 2,6 pour 100 de toutes les autopsies; 2,4 pour 100 si on élimine les cirrhoses avec cancer; 3,1 pour 100 des autopsies des sujets de plus de 15 ans; les cirrhoses sont plus fréquentes après 50 ans qu'avant; les hommes présentent 5 fois plus de cas que les femmes. *L'ascite* existe dans 69,5 pour 100 de l'ensemble des cas, 41,6 pour 100 des formes hypertrophiques, 85 pour 100 des formes atrophiques, 53,3 pour 100 des formes où le foie a conservé son volume normal; l'ascite est moins fréquente chez les sujets très âgés, mais existe encore dans 36,7 pour 100 des cas au-dessus de 70 ans. La présence d'une *grosse rate* n'a pas de rapport avec les dimensions du foie; les splénomégalies sont un peu plus fréquentes dans les cirrhoses avec ascite; dans 19,3 pour 100 des cas, la rate n'est pas augmentée de volume. *L'ictère* existe dans 22,6 pour 100 des cas; les formes hypertrophiques sont plus souvent (36,1 pour 100) ictériques que les formes atrophiques (20,8 pour 100) ou à foie de dimensions normales (18,3 pour 100). Le pourcentage de la lithiase associée est à peu près le même que celui de toutes les autopsies. Le *volume du foie* est diminué dans 58,2 pour 100 des cas, augmenté dans 15,6 et normal dans 26; les cirrhoses avec cancer représentent 11,1 pour 100 des cas.

Les cirrhoses juvéniles (au-dessous de 15 ans) n'ont pas été observées à Milan; à Cagliari, elles



sont relativement fréquentes (6,2 pour 100 des cirrhoses); le paludisme ne paraît pas devoir être retenu comme facteur de cirrhose.

Qu'il s'agisse de l'enfant ou de l'adulte, il n'y a qu'une cirrhose, celle de Morgagni-Laennec, avec ses altérations caractéristiques d'épithéliodesmolysis et de dégénération du lobule hépatique; tous les autres types nommés improprement cirrhoses par stase, biliaires, paludéennes, syphilitiques, etc., ne sont que des scléroses localisées ou diffuses, inflammatoires ou non, biliaires ou angio-hémotoxiques, avec une participation réticulo-endothéliale importante ou discrète, et restent bien distinctes de la véritable cirrhose.

LUCIEN ROUQUÈS.

LA PEDIATRIA (Naples)

Alberto Cabitto. ***Le rapport potassium-guanidine. Contribution à la pathogénie de la spasmophilie*** (*La Pediatria*, Année **42**, fasc. 11, 1er Novembre 1934). — A. C. rappelle d'abord les principales propriétés biologiques du potassium. Tandis que le sodium se rencontre surtout dans les liquides organiques, le potassium se trouve surtout dans les tissus et constitue l'élément minéral prédominant des cellules. Le chlore et le sodium sont plus abondants dans les organismes jeunes; chez les adultes au contraire le taux du potassium augmente. Il semble exister un rapport entre le sodium et le potassium, d'une part; le chlore et le phosphore d'autre part. Lorsque le rapport sodium-potassium augmente, le rapport chlore-phosphore augmente parallèlement. Le potassium paraît indispensable à l'activité biologique du protoplasme, mais on ignore pourquoi le protoplasme présente une telle affinité pour le potassium et non pour le sodium.

Pour Bottazzi au potassium est dévolu surtout un rôle de reconstructeur de la matière vivante; au sodium, de vecteur des protéines. Le potassium possède en outre une influence régulatrice sur l'équilibre acide-base en contribuant avec d'autres bases à saturer les radicaux acides issus de la désintégration des protéines.

Après avoir rappelé l'importance attribuée aux ions potassiques et aux ions calciques dans la production du rachitisme et de la tétanie, C. expose le résultat de ses recherches expérimentales concernant la tétanie provoquée par la guanidine. Il a étudié notamment les rapports potassium-guanidine sur le cœur isolé de la grenouille et montre que les variations du taux du potassium dans la solution utilisée sont suffisants pour modifier profondément l'action de la guanidine.

G. SCHREIBER.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Korayasi. ***Un cas généralisé de porokératose de Mibelli avec lésions de la muqueuse buccale et des ongles*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **36**, n° 4, Octobre 1934). — Un homme de 59 ans commença à présenter, dès l'âge de 18 ans, des lésions kératosiques sur le dos du nez et dans le voisinage; puis ces lésions s'étendirent progressivement à tout le corps dans les 20 dernières années.

Actuellement, la peau du cuir chevelu, du visage, du tronc, des bourses, des extrémités est recouverte de plus de 1.000 lésions cornées de la grandeur d'un grain de mil à une paume de main; les lésions des jambes et des avant-bras ressemblent à une tuberculose verruqueuse non enflammée. Il existe des lésions de la muqueuse buccale et labiale, sous forme de plaques opaques à bords grisâtres. L'ongle du 3e orteil gauche est déformé, comme dans une onychomycose.

Il existe sur le gland une lésion typique grosse comme un pois.

Cette lésion paraît familiale et héréditaire; une kératose identique existait chez une sœur, le père, la grand'mère et un oncle du malade.

Histologiquement, on note une hyperkératose et une parakératose des orifices des follicules pileux et des glandes sudoripares, une infiltration lymphocytaire autour des follicules et un dépôt de pigment.

R. BURNIER.

Ichikawa et Okano. ***La ponction des ganglions lymphatiques superficiels dans la syphilis*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **36**, n° 4, Octobre 1934). — Les recherches de I. et O. confirment les travaux de Hoffmann sur la valeur diagnostique de la ponction des ganglions dans la syphilis.

Après ponction des ganglions lymphatiques superficiels, I. et O. ont pu déceler le tréponème dans le liquide ganglionnaire dans 89 pour 100 des cas de syphilis primaire, 78 pour 100 des cas de syphilis secondaire, 33 pour 100 des cas de syphilis tertiaire et 64 pour 100 des cas de syphilis latente (88 pour 100 dans la syphilis latente précoce et 33 pour 100 dans la syphilis latente tardive). Dans la syphilis héréditaire, les résultats ont toujours été négatifs.

Les ponctions faites chez des syphilitiques primaires, secondaires et latents non traités ont toujours donné des résultats positifs. Chez les malades déjà traités, on n'obtint que 57 pour 100 de résultats positifs.

Sur 68 malades, avec Wassermann positif, atteints de syphilis primaire, secondaire ou latente, 59 avaient des tréponèmes dans le liquide de ponction ganglionnaire.

Plusieurs ganglions superficiels ont été ponctionnés: des résultats positifs furent obtenus dans 86 pour 100 des cas avec les ganglions inguinaux, 60 pour 100 avec les ganglions cubitaux, 100 p. 100 avec les ganglions sous-maxillaires et fémoraux, 60 pour 100 avec les ganglions cubitaux, 64 pour 100 avec les ganglions sous-occipitaux, mais le nombre des ganglions examinés dans ces derniers cas est trop faible pour pouvoir en tirer une conclusion).

Les tréponèmes disparaissent rapidement des ganglions sous l'influence du traitement. Sur 7 malades traités par une injection de 0,60 de néosalvarsan et une injection de bismuth, les tréponèmes existaient encore après la première injection chez tous les malades; 6 avaient encore des tréponèmes après 2 injections, 3 après 3 injections, 2 après 4 injections, 2 après 5 et 0 après 6 injections.

R. BURNIER.

GRUZLICA (Varsovie)

T. Wasowski. ***Etude du fonctionnement du nerf phrénique chez des malades ayant subi la phrénicectomie*** (*Gruzlica*, t. **9**, n° 3, 1934, p. 308-320). — A propos de l'ensemble de 34 observations de malades chez lesquels fut pratiquée la néphrectomie, W. étudie le rôle et l'action du nerf phrénique. En comparant les résultats de ses recherches personnelles et les opinions recueillies dans la littérature consacrée à cette question, W. fait les remarques suivantes:

1° Le ralentissement du pouls qui suit presque constamment l'intervention plaide en faveur de la nature mixte du phrénique qui possède des filets sympathiques végétatifs.

2° La phrénicectomie en restreignant ou en supprimant totalement les mouvements du diaphragme diminue la capacité pulmonaire. Les mensurations spirométriques le prouvent d'une façon constante.

3° Le contrôle radiographique prouve l'effet immédiat de l'intervention, mais le maximum des résultats est réalisé un peu plus tard.

4° La disproportion entre l'élévation du diaphragme qui suit l'intervention et la diminution de la capacité pulmonaire fait supposer que ce n'est pas la compression qui est le facteur curatif principal de l'intervention. Effectivement la capacité pulmonaire tend à augmenter dans la suite grâce à l'action des muscles de la cage thoracique.

L'effet thérapeutique de la phrénicectomie est basé sur les changements réalisés dans les systèmes circulatoire et respiratoire qui activent les forces défensives de l'organisme.

FRIBOURG-BLANC.

J. Stopczyk et Mme H. Tomaszewska. ***Lymphogranulomatose maligne avec syphilis et tuberculose concomitantes*** (*Gruzlica*, t. **9**, n° 3, 1934, p 349-359). — Observation d'un cas de lymphogranulomatose maligne évoluant chez un homme de 25 ans, atteint simultanément de syphilis et de tuberculose. En se basant sur l'exemple de ce cas clinique, S. et T. soulignent que, dans certains cas de lympho-granulomatose, le diagnostic est particulièrement difficile, car, ni les signes cliniques, ni les investigations de laboratoire, ni les renseignements radiologiques, ni même les biopsies prélevées à de multiples reprises, n'ont pu fournir des preuves suffisantes pour appuyer ce diagnostic pendant la vie du malade, même à la période de généralisation. L'absence de signes tels que le prurit, l'éosinophilie, la splénomégalie et même l'absence de renseignements positifs à l'examen des fragments ganglionnaires n'autorisent pas à écarter complètement le diagnostic. L'association des lésions tuberculeuses et les rapports existant entre ces deux processus pathologiques semblent indiquer une certaine parenté étiologique qui pourrait exister entre ces deux affections. La coïncidence avec la syphilis paraît accidentelle.

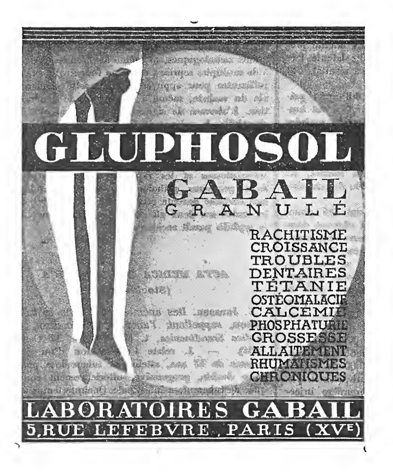
FRIBOURG-BLANC.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. Jonsson. ***Des anémies qui, dans la tuberculose, rappellent l'anémie pernicieuse*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **83**, nos 5-6, 17 Octobre 1934). — J. relate l'observation d'un jeune homme de 17 ans, atteint de tuberculose pulmonaire double, progressive, ultérieurement compliquée de tuberculose intestinale. Quelque temps après l'apparition des premiers symptômes, se développe une anémie qui augmente rapidement et qui, finalement, atteint un degré intense (G. R. 800.000); la valeur globulaire est égale ou supérieure à 1; les hématies présentent de l'anisocytose, de la poïkilocytose, de la polychromatophilie; il existe des normoblastes, mais pas de mégaloblastes ni de mégalocytes. Légère leucocytose, quelques myélocytes. Plaquettes normales. Achylie. A l'autopsie, on observe, outre les lésions tuberculeuses, une transformation myéloïde de la moelle osseuse, ainsi que, dans la pulpe splénique, d'abondants globules rouges et de nombreux macrophages contenant de l'hémosidérine.

J. passe en revue la littérature médicale du sujet. Le tableau clinique, tout en rappelant celui de l'anémie pernicieuse, ne lui est pas absolument identique. Du point de vue hématologique en particulier, il faut signaler la rareté des mégaloblastes, la leucocytose aussi fréquente que la leucopénie, la polynucléose, l'absence de thrombocytopénie. Aussi faut-il préférer pour ces anémies l'appellation « ressemblant à l'anémie pernicieuse ».

J. discute ensuite la pathogénie de ces anémies. Il est incontestable que c'est la tuberculose qui les provoque; elles sont dues sans doute à une action hémolytique d'un genre ou d'un autre; tou-


GLUPHOSOL
GABAIL
GRANULÉ
RACHITISME
CROISSANCE
TROUBLES DENTAIRES
TÉTANIE
OSTÉOMALACIE
CALCEMIE
PHOSPHATURIE
GROSSESSE
ALLAITEMENT
RHUMATISMES CHRONIQUES
LABORATOIRES GABAIL
5, RUE LEFEBVRE, PARIS (XVE)

tefois, le mécanisme intime n'en est pas encore élucidé. L'infériorité constitutionnelle de l'appareil hématopoiétique des sujets atteints semble jouer un grand rôle.

P.-L. Marie.

G. Edström. ***Recherches sur l'effet de l'air ionisé unipolairement sur la température superficielle*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 83, n° 5-6, 17 Octobre 1934). — Bien des effets climatologiques constatés en médecine sont inexplicables par les facteurs connus jusqu'ici, température, pression atmosphérique, etc. Dessauer a pensé que les ions électriques de l'air peuvent jouer un rôle grâce à leur concentration et à leur polarité. Pour étudier leurs effets, il a réalisé un appareil permettant de produire des ions du petit type de Langevin à charge unipolaire. Strassburger et Happel ont montré que l'inhalation de l'air ainsi ionisé unipolairement exerce une influence considérable sur la pression artérielle, l'air chargé électro-négativement l'abaissant tandis que l'air ionisé électro-positivement l'élève, ce que E. a pu confirmer. Toutefois, il a trouvé que cet effet disparaît rapidement après que l'on a cessé de charger électriquement l'air.

Quand les sujets sont soumis à l'inhalation d'air ionisé positivement, ils éprouvent souvent une sensation de chaleur. Si l'on mesure alors la température superficielle de la peau, on constate chez beaucoup d'entre eux une élévation tandis que pendant l'inhalation d'air ionisé négativement on observe un abaissement de température. Parfois, on note une réaction contraire pendant les premières minutes de l'inhalation.

Quel que soit l'intérêt de ces constatations, on ne saurait encore en tirer des conclusions touchant l'état de tonicité des artérioles de la peau. On peut seulement dire que la vascularisation cutanée varie sous l'influence de l'air ionisé unipolairement.

P.-L. Marie.

E. Mogensen. ***Le traitement ferrugineux dans l'anémie pernicieuse*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 84, n° 1, 27 Novembre 1934). — Grâce aux progrès de la thérapeutique, on est arrivé à connaître quelques-uns des facteurs qui régissent le développement normal des hématies. C'est ainsi que la transformation des mégaloblastes en normoblastes a lieu sous l'influence du principe actif contre l'anémie pernicieuse, formé dans l'estomac et emmagasiné dans le foie, et que la transformation des normoblastes en hématies est conditionnée par la présence du fer, du Ca, de la vitamine C et de la thyroxine en quantités suffisantes. Qu'un ou plusieurs des facteurs nécessaires à l'hémopoièse viennent à manquer, et l'anémie se produit, anémie pernicieuse mégalocytique, si le principe actif contre l'anémie pernicieuse fait défaut, anémie simple, achylie, microtyque, si le fer est déficient par suite d'une ingestion alimentaire insuffisante. Ainsi, dans les anémies dues à une diminution de l'hémopoièse, on a affaire à des maladies par carence dont certaines relèvent d'une carence unique et d'autres de carences multiples.

Parmi les malades atteints d'anémie pernicieuse, tout un groupe réclame, à côté du traitement spécifique, le traitement ferrugineux, comme le montrent les 4 cas relatés par M., dans lesquels, pendant le traitement par le foie et l'estomac, les rémissions obtenues s'arrêtaient à un certain moment, plutôt précoce, et ne continuaient qu'après institution de la thérapeutique martiale qui amenait à la fois une augmentation du chiffre des hématies et du taux de l'hémoglobine. Ce type d'anémie pernicieuse avec carence en fer est plus fréquent qu'on ne le suppose. Il est à penser que nombre de cas d'anémie pernicieuse réfractaires au traitement spécifique appartiennent à ce groupe.

La cause possible de la carence en fer, en l'absence de toute complication, peut être l'épuisement des réserves en fer dû à la soustraction massive de fer qu'implique la formation accélérée de globules rouges pendant la rémission initiale. D'autre part, il est possible qu'une anémie pernicieuse s'associe à une anémie achylique simple.

P.-L. Marie.

G. G. Bernhard et **L. Goldberg.** ***Nystagmus spontané consécutif à une intoxication aiguë par l'alcool*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 84, n° 1, 27 Novembre 1934). — L'influence de l'alcool sur les réactions vestibulaires est depuis longtemps connue et divers auteurs ont tenté expérimentalement d'en éclaircir la cause. Joffroy et Servaux ont décrit le nystagmus spontané chez le lapin alcoolisé. Barany a étudié le nystagmus spontané et provoqué dans l'intoxication alcoolique aiguë et chronique de l'homme. On doit à Kleyn et Versteegh de belles recherches expérimentales sur l'influence de l'alcool sur les réflexes labyrinthiques.

B. et G. ont observé un cas de nystagmus spontané après ingestion à jeun d'un tiers de litre d'eau-de-vie à 43° suivie de coma. Ils ont pu constater, en déterminant la teneur du sang en alcool à plusieurs reprises au moyen de la microméthode de Widmark, que le nystagmus existait quand la teneur en alcool était de 2,49 pour 1.000 et disparaissait à 2,38 pour 1.000. Il s'agissait d'alcool éthylique, et non méthylique, comme le montrait la courbe de la teneur du sang en alcool. Ces chiffres supposent une teneur en alcool de 3 pour 1.000 tout au début de l'intoxication. Or, cette dose, d'après les recherches d'autres auteurs, est encore compatible avec une stabilité suffisante du sujet; c'est donc qu'il y a eu chez cet homme une absorption très rapide de l'alcool et une forte intoxication momentanée du cerveau pendant la période initiale de l'absorption.

P.-L. Marie.

C. Holten, H. E. Nielsen et **K. Transböl.** ***Six cas d'agranulocytose observés chez des malades d'hôpital traités par l'amidopyrine*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 84, n° 1, 27 Novembre 1934). — Description de 6 cas d'agranulocytose avec issue rapidement mortelle qui se produisirent chez des malades depuis longtemps en traitement à l'hôpital pour des affections diverses (rhumatisme chronique, anémie pernicieuse, maladie de Basedow, diabète, phlébite variqueuse). La seule circonstance commune à toutes ces malades était un traitement prolongé par l'amidopyrine, institué dans le but de combattre les douleurs ou l'insomnie.

Rapprochant ces faits d'autres déjà publiés, les auteurs considèrent comme extrêmement vraisemblable que l'amidopyrine donnée à doses thérapeutiques peut déclencher l'agranulocytose. Il se pourrait que la fréquence croissante de cette affection tienne en partie à l'usage de plus en plus répandu des spécialités à base d'amidopyrine (pyramidon) qui sont nombreuses dans le commerce et qui sont prises par quantité de gens pour soulager la douleur ou l'insomnie.

Il semble s'agir là d'une allergie médicamenteuse plutôt que d'une intoxication, de très nombreux sujets pouvant prendre de l'amidopyrine sans présenter d'anomalies des granulocytes. Les recherches cliniques de Madison et Squier plaident aussi dans ce sens. Ces faits seraient donc à rapprocher des agranulocytoses observées après la médication par le salvarsan, l'arsenic, l'or et le bismuth.

P.-L. Marie.

A. Vesa (Helsingfors). ***Recherches sur le diabète au moyen du dosage du glycose pratiqué dans l'urine et dans le sang toutes les deux heures pendant 24 heures*** (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. 57, 1934). — V. a pratiqué chez 40 diabétiques l'épreuve suivante: prélèvement du sang et de l'urine toutes les deux heures de 6 heures du matin à 8 heures le lendemain matin et dosage du glycose dans ces échantillons.

De ses observations, il conclut que cette technique est précieuse pour instituer une thérapeutique rationnelle et individualisée du diabète, car elle donne toujours une idée bien plus exacte d'un cas déterminé que la simple recherche de la glycémie à jeun et le dosage du sucre dans l'urine des 24 heures.

L'examen fractionné des urines des 24 heures, qui est plus simple, ne peut remplacer complètement la détermination correspondante de la glycémie. Toutefois, au cours du régime et pendant le traitement insulinique, on peut utiliser ce mode d'examen de l'urine pour s'orienter.

Quand il s'agit d'apprécier la gravité d'un cas de diabète, l'épreuve proposée par V. donne des renseignements de valeur, aussi bien pendant le jeûne que pendant le traitement insulinique. Par contre, au cours du régime, les résultats obtenus sont moins instructifs.

V. a étudié spécialement l'élévation nocturne paradoxale de la glycémie: elle n'a pas lieu dans la phase bénigne du diabète, mais se montre souvent pendant la phase de gravité moyenne et dans les cas graves. Elle apparaît et cesse à divers moments. D'ordinaire, elle commence autour de 20 à 24 heures et dure le plus souvent jusqu'à 6 heures. Bien qu'elle soit en général d'autant plus nette que le cas est grave, on ne peut pas dans un cas donné conclure de l'intensité de ce symptôme à la gravité du cas, d'autant plus qu'il peut faire défaut dans certains cas moyens ou graves. Pendant la période s'étendant de 6 à 8 heures, il se produit, parfois dans la phase de bénignité, très souvent dans la phase de gravité moyenne et dans les cas graves, une élévation de la glycémie qui est fréquemment aussi forte que la totalité de l'ascension nocturne constatée avant 6 heures. C'est pendant le jeûne que l'hyperglycémie nocturne paradoxale est la plus nette; elle l'est presque autant pendant l'insulinothérapie; elle est rarement marquée au cours du régime; il en est de même pour l'élévation qui se produit de 6 à 8 heures.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS

Baudouin et **Deparis.** ***Données nouvelles sur les névralgies faciales*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 Février 1935, p. 97-109). — Dans ce très intéressant article, B. et D. conservent la classification en névralgies faciales essentielles et symptomatiques. De ces dernières, ils éliminent la causalgie faciale, dans laquelle le rôle du sympathique ne leur semble pas bien prouvé.

1° *Les névralgies faciales symptomatiques*, à douleurs continues, relèvent soit d'une *infection* locale ou générale soit *d'une compression*. Suivant l'intensité de cette dernière il y a douleur continue sans anesthésie, névralgie continue et anesthésie, ou anesthésie sans douleur. D'après Sicard, les lésions du segment périphérique jusqu'au ganglion de Gasser sont douloureuses, celles du segment central sont indolores. Ce schéma paraît devoir être accepté avec de fortes réserves. Les névralgies des spécialistes, à allure aiguë ou subaiguë, sont fréquentes et même banales. D'autres sont plus rares et ont tendance à la chronicité, comme les névralgies post-zostériennes, cycliques et syphilitiques. A noter que ces dernières peuvent parfois revêtir l'allure d'un tic douloureux de la face.

2° En ce qui concerne *la forme intermittente de la névralgie faciale*, il faut revenir sur l'opinion qu'elle est une affection essentielle.

Dandy a trouvé sur 215 opérés : 23 cas en relation avec des tumeurs, des angiomes ou des anévrysmes intra-cérébraux, 66 cas avec une compression artérielle. Il est moins affirmatif sur 30 cas de compression veineuse et 9 cas d'anomalies. Petit-Dutaillis a relevé 3 tumeurs au cours de 32 opérations par la méthode Dandy.

Dans le domaine clinique, on doit se souvenir qu'il y a parfois dissociation entre la zone d'excitation (trigger zone) et la zone douloureuse (Alajouanine et Thurel) et que la symptomatologie paroxystique du tic douloureux peut s'observer dans les névralgies du glosso-pharyngien, mais l'algie siège alors dans l'amygdale et dans l'oreille, et se produit en avalant et non en mastiquant.

B. et D. croient que l'on se trouve *en présence d'un processus de charge et de décharge d'un centre du V sensibilisé*. Une excitation périphérique agirait sur un centre du V: le long du noyau ponto-bulbo-médullaire (Baudouin et Deparis) au niveau de la racine postérieure (Dandy) de la racine descendante (Elsberg), possibilité également au niveau du ganglion de Gasser, du thalamus (Winkler). Mais, il paraît nécessaire, pour que le tic douloureux se produise, que le noyau soit sensibilisé. On peut penser à une névrite légère ascendante; à des modifications anatomiques du noyau, à sa compression, à une perturbation du système neuro-végétatif.

Les essais de traitement pathogénique (parathyroïde, insuline) ont donné des résultats inconstants. Le trichloréthylène (Plessner), l'ionisation, la radiothérapie, la diathermie, les ondes courtes peuvent servir dans les formes légères. Les injections d'alcool sont très opérantes, mais n'assurent pas la guérison. Des modifications de technique chirurgicale ont cherché à éviter la kératite neuroparalytique, l'anesthésie cutanéo-muqueuse gênante, la paralysie des masticateurs. La première modification proposée par Frazier est la *résection partielle de la racine externe du V* (Robineau, thèse Sicard). La seconde est la *technique de Dandy* qui aborde la racine au ras de la protubérance par la voie postérieure. Cette opération est techniquement plus difficile et plus grave que l'opération par la voie latérale.

C. Ruppe.

Hagueneau. ***Le traitement des algies cancéreuses*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 Février 1935, p. 110-117). — Au début de son évolution, le cancer n'est pas douloureux. Il ne le devient que quand il a rompu certaines barrières tissulaires, que quand il a atteint les nerfs. Pour soulager les cancéreux de cette note douloureuse qui peut devenir prédominante, des thérapeutiques diverses ont été proposées. A côté de l'opium, on a cherché des produits pouvant agir sur l'élément douleur et sur la cellule cancéreuse. On s'est adressé surtout au *venin des cobridés* qui possède des toxines neurotropes. Son action a une pathogénie discutée et des résultats assez variables. Hagueneau emploie le *virus vaccin antirabique*.

La *radiothérapie* a une action antalgique manifeste, à condition que son application soit focale. Il y a d'ailleurs avantage à recourir à des foyers multiples. Les rayons doivent être appliqués à doses fortes, et être ultra-pénétrants. Ils agissent peu sur les cancers viscéraux. Au contraire, ils se montrent très efficaces dans les algies des sarcomes, des épithéliomas primitifs ou secondaires des os.

Les injections d'alcool sont à rejeter. Les interventions sur la voie sensitive doivent être centrales et non périphériques. La radicotomie a des indications limitées; la cordotomie (cordons antéro-latéraux) donne des résultats excellents et durables.

C. Ruppe.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Marchand et **Courtois.** ***La psychose aiguë de Korsakoff des alcooliques*** (*Revue neurologique*, 41e Année, t. II, n° 4, Octobre 1934). — La forme aiguë de la psychose de Korsakoff, moins bien connue que les formes subaiguë et chronique, n'est pourtant pas exceptionnelle. Sur 72 cas de syndrome de Korsakoff que les auteurs ont observés ils en comptent 40 qui se terminèrent rapidement par la mort. Ces formes aiguës se rencontrent surtout chez la femme, chez des sujets dont l'état général est peu satisfaisant, ayant souvent présenté déjà des troubles neuro-psychiques, et offrant les stigmates classiques de l'intoxication éthylique.

Le tableau clinique est constitué par trois éléments principaux : 1° Un syndrome mental constitué par un état confusionnel avec onirisme et anxiété, une désorientation complète, parfois un thème délirant; 2° un syndrome neurologique constitué par une paraplégie globale, à installation rapide, parfois douloureuse, avec abolition des réflexes tendineux, troubles de la sensibilité et parfois des sphincters. L'atteinte des membres supérieurs, du diaphragme, de la musculature extrinsèque de l'œil est fréquente; 3° des symptômes généraux dont une déchéance physiologique marquée, des modifications de volume du foie avec subictère, de la tachycardie avec hypotension, de la fièvre, de l'oligurie, une azotémie parfois marquée. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Ces malades meurent soit avec des phénomènes bulbaires, soit avec des accidents d'insuffisance hépatique.

L'examen histologique montre une atrophie des cellules de l'écorce cérébrale, en particulier des grandes cellules pyramidales, des cellules des couches optiques, une légère sclérose cérébrale diffuse, une atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle sans lésion primitive des nerfs périphériques, une hépatite scléro-graisseuse, et des lésions rénales plus discrètes. La pathogénie de ces psychoses aiguës de Korsakoff est incomplètement connue. L'alcool ne suffit pas à les expliquer, car elles apparaissent parfois au cours d'une cure hospitalière, alors que le malade est sevré d'alcool. On a fait intervenir une intoxication endogène surajoutée telle qu'une insuffisance hépatique grave, ou une infection concomitante, la tuberculose pulmonaire par exemple qui est pourtant loin d'être constante chez ces malades.

H. Schaeffer.

Roussy et **Gabrielle Lévy.** ***Les états spasmodiques du releveur de la paupière supérieure par lésions cérébrales en foyer*** (*Revue neurologique*, 41e année, t. II, n° 4, Octobre 1934). — Les auteurs rapportent une observation de spasme bilatéral du releveur de la paupière supérieure dont l'intérêt consiste en ce qu'elle est isolée et ne s'accompagne d'aucune atteinte de la mobilité extrinsèque du globe vasculaire, de paralysie faciale périphérique, ou d'état basedowien.

Chez une femme de 82 ans, pseudo-bulbaire typique et presque anarthrique à la suite de deux ictus, on observe un spasme bilatéral du releveur de la paupière supérieure apparu subitement, sans ictus cliniquement décelable, et en dehors de toute diplégie faciale, en rapport très vraisemblablement avec une lésion vasculaire centrale.

A propos de cette observation, R. et L. étudient les spasmes du releveur qu'ils classent en : 1° Spasmes du releveur coïncidant avec une atteinte de la IIIe paire ou une paralysie des fonctions de la verticalité; 2° spasmes du releveur en dehors de toute atteinte du III; 3° états spasmodiques de la paupière supérieure qui accompagnent certaines affections nerveuses, périphériques ou centrales; signe de Graefe, du Dalrymphe, séquelle de paralysie faciale, etc...

Ce spasme semble relever d'une lésion de la partie supérieure de la calotte pédonculaire, ainsi que le montre en particulier l'observation anatomo-clinique de André Thomas, Schaeffer et Bertrand. Il est impossible de savoir si la même lésion peut expliquer ce spasme et une paralysie de la IIIe paire ou une paralysie de verticalité du regard, et il est impossible de préciser le siège de la lésion sans doute différent quand il s'agit de ces spasmes du releveur associés à une atteinte de la IIIe paire ou une paralysie de fonction, ou de spasmes isolés.

H. Schaeffer.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Thibault et **Lambert.** ***Coma diabétique au cours d'un ostéophlegmon mandibulaire*** (*Revue de Stomatologie*, t. 37, n° 1, Janvier 1935). — T. et L. relatent l'observation d'une femme de

40 ans, entrée à l'Hôpital Saint-Antoine, dans le coma diabétique, avec un ostéo-phlegmon mandibulaire. On pratique l'incision de la collection suppurée, des injections d'insuline. La malade sort de son coma le surlendemain. L'avulsion dentaire est faite quelques jours après. Mais l'amaigrissement reste considérable, la glycosurie persiste à des taux variables et l'acidose n'a pas disparu.

En somme, après cette infection d'origine dentaire, le diabète de cette femme, de constitutionnel et de bénin qu'il était auparavant, semble évoluer vers une forme sévère, consomptive avec dénutrition.

C. Ruppe.

Raoul Boulin. ***Les infections dans le diabète*** (*Revue de Stomatologie*, t. **37**, n° 1, Janvier 1935). — Les infections suppuratives ou non aggravent le diabète, d'autant plus qu'elles sont plus sévères et plus prolongées ; mais des infections minimes peuvent néanmoins entraîner des désastres. Il faut redouter cette aggravation notamment dans les diabètes non traités, et dans les diabètes avec acidose. Celle-ci peut se borner à la diminution de la tolérance hydro-carbonée, mais elle est susceptible de se manifester par de l'acéto-acidose. Dès qu'il y a infection, il faut supprimer le sucre et l'acidose, d'extrême urgence. Dans quelques cas exceptionnels, le diabète devient néanmoins plus sévère.

La cause de l'aggravation du diabète par l'infection ne paraît pas relever d'une atteinte du pancréas, mais d'une inactivité de la sécrétion insulinique, soit par neutralisation par les sécrétions microbiennes (diabète par neutralisation de Mauriac) ou par inertie transitoire du système qui à l'état normal obéit à l'insuline (foie, muscle, reins).

C. Ruppe.

Dechaume, Vrasse et Déliběros. ***Quelques observations d'affections cutanées d'origine dentaire*** (*Revue de Stomatologie*, t. **37**, n° 1, Janvier 1935). — 8 observations d'affections cutanées d'origine dentaire trouvent place dans cet article. La pathogénie de ces accidents est discutée. *La théorie réflexe* soutenue par Jacquet, Rousseau-Decelle est la plus classique. Elle ne paraît pas suffisante à certains auteurs qui font jouer un rôle *à l'infection*, soit par essaimage direct, soit par voie sanguine. Dans ce dernier cas, Rouslacroix pense, en s'appuyant sur le phénomène de Koch, l'allergie, l'expérience de Sanarelli et le phénomène de Scharzmann, que les réactions secondes sont toujours dues aux germes de l'infection primaire, mais que ce réveil des agents microbiens de la dite infection latente peut être provoqué par un germe différent de celui qui a été injecté en premier lieu. Enfin, d'autres auteurs invoquent *une rupture de l'équilibre humoral, un état anaphylactique* dû aux décharges septiques des foyers infectieux.

C. Ruppe.

Le SANG
(Paris)

H. Gounelle et L. Chaudre. ***L'anémie hypochrome chronique idiopathique*** (*Le Sang*, t. **8**, n° 9, 1934). — Trois caractères individualisent l'anémie hypochrome idiopathique, l'absence d'étiologie précise, la diminution simultanée des globules rouges et de l'hémoglobine ; cette dernière est, en général, très abaissée, et il s'y joint de la leucopénie avec hypo-polynucléose, à l'inverse de ce que l'on trouve dans les anémies secondaires, enfin ce sont les troubles gastro-intestinaux avec achylie et anachlorhydrie. Ils ont permis à plusieurs auteurs d'invoquer, à l'origine de cette affection, des perturbations d'ordre digestif, entraînant probablement la déficience de l'absorption du fer. Pour d'autres, cependant, l'achylie est accessoire, et il faudrait faire intervenir un facteur endocrinien sur un terrain prédisposé.

L'anémie hypochrome se caractérise cliniquement, à part les phénomènes digestifs, par des symptômes neuro et psycho-anémiques, de la glossite, la dysphagie et des désordres viscéraux, que l'on retrouve aussi dans les autres sortes d'anémies. Aussi est-il difficile de fixer la place exacte de l'anémie hypochrome idiopathique dans la nosologie. Elle est très proche de la chlorose, mais celle-ci s'accompagne classiquement d'hyperchlorhydrie, différence essentielle ; toutefois certains admettent que la chlorose n'est qu'une forme de début dont l'anémie hypochrome représente l'aboutissement tardif.

Les anémies hypochromes secondaires sont nettement différenciées par leur étiologie, leur cessation par guérison de l'affection déclenchante, l'absence des troubles de la sécrétion gastrique. Mais certaines, telle l'anémie de la grossesse, quelques types d'anémies endocriniennes, ne sont peut-être que des anémies idiopathiques extériorisées par des circonstances spéciales.

La maladie de Biermer semble être très à part, avec son hyperchromie et sa perniciosité, mais en réalité elle peut affecter avec l'anémie hypochrome des rapports étroits : on a pu retrouver des cas familiaux intriqués de ces deux sortes d'anémies, des transformations de l'une à l'autre sont possibles, enfin les deux processus peuvent coexister chez un même sujet. Mais la maladie de Biermer n'en garde pas moins ses caractéristiques très spéciales.

Les excellents résultats de la thérapeutique martiale sont encore une particularité de l'anémie hypochrome idiopathique. Mais il faut donner le fer à hautes doses, et lui adjoindre le cuivre, qui vient en renforcer l'action.

A. Escalier.

DEUTSCHES
ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

Max Hochrein et Karl Matthes. ***Anémie et angine de Poitrine*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 1, 23 Octobre 1934). — H. et M. cherchent à répondre à la question des relations entre l'anémie, l'angine de poitrine et les altérations du myocarde. Pour cela, ils ont recherché les observations de 113 cas d'anémie pernicieuse, de 327 cas d'anémie secondaire et de 297 cas d'angine de poitrine qui figurent parmi les 27.000 malades soignés au cours des quatre dernières années à la clinique de Leipzig. Ils ont également procédé à une série d'expériences sur les animaux. Celles-ci ont montré que des saignées représentant jusqu'à 5 pour 100 du volume de sang ne modifient pas appréciablement la pression artérielle, le rythme du cœur et la mécanique de la respiration parce que les dépôts de sang interviennent pour compenser les pertes. Des hémorragies plus fortes abaissent la pression, accélèrent le cœur, ralentissent et approfondissent la respiration et réalisent, en somme, surtout au point de vue circulatoire, une diminution du tonus du vague comme l'a montré une injection d'adrénaline. Quant à l'irrigation du cœur, elle est généralement augmentée dans une faible proportion dès que la respiration commence à s'approfondir et à se ralentir.

Les observations cliniques ont montré que, sur 174 anémiques, il y en avait 16 qui s'étaient plaints de palpitations du cœur, 9 de sensations de constriction, 2 de piqûres dans la région du cœur et 5 d'angine de poitrine. Le taux de l'hémoglobine ne varie pas très étroitement avec les sensations subjectives. D'autre part, les 5 malades anémiques atteints d'angine de poitrine étaient âgés de 45, 54, 55, 58 et 69 ans et présentaient un taux d'hémoglobine allant de 25 à 65 pour 100. Chez ces malades, on trouve du rhumatisme cardiaque, une vasonévrose de la ménopause, une aortite syphilitique, une hypertension et une athérosclérose généralisée sévère.

Les malades présentant des symptômes d'insuffisance coronarienne exclusivement électrocardiographique sont au nombre de 32 si on en exclut ceux de plus de 50 ans et les anémiques depuis moins de trois mois. Il a été constaté chez ces malades 8 anomalies de l'électro-cardiogramme dont une déformation de ST (3 cas), 2 T négatifs (1 cas), un Q profond dans la dérivation I et dans la dérivation III (3 cas), une modification légère du complexe QS (1 cas). Dans 4 de ces cas, il y avait en rhumatisme articulaire et, dans un, lésion valvulaire complexe, ce qui ne permet pas de rapporter les altérations de l'électrocardiogramme nettement à l'anémie. Ainsi, dans 3 de ces cas seulement, il a été constaté des modifications légères qui, d'ailleurs, ne sauraient, d'après H. et M., être considérées comme une preuve certaine d'insuffisance coronarienne. Enfin, sur 297 cas d'angine de poitrine, il y en avait simplement 5 qui présentaient également de l'anémie (2 anémies pernicieuses et 3 anémies secondaires).

En somme, sur 76 patients présentant de l'anémie, il en est un seul chez lequel on puisse évoquer une relation entre l'état du sang et l'angine de poitrine. Il s'agit d'une femme de 50 ans atteinte d'anémie pernicieuse. Enfin, chez les jeunes personnes atteintes d'anémie sévère (moins de 25 p. 100 d'hémoglobine), on n'a constaté pour ainsi dire jamais d'angine de poitrine. Il est tout au contraire remarquable de voir combien des anémies mêmes sévères peuvent être bien supportées. Chez un homme de 44 ans, atteint de cirrhose du foie, il a été constaté, au cours de plusieurs années, des taux d'hémoglobine variant de 20 à 35 pour 100 sans qu'on arrive à améliorer les choses. Néanmoins, ce malade a pu dépenser une grande activité sans ressentir rien qui ressemble à l'angine de poitrine. Il en a été de même dans 13 cas d'anémie sévère avec un taux d'hémgolobine inférieur à 30 p. 100.

P.-E. Morhardt.

Niels Poczka et Walter Fischel. ***La résorption de la graisse en cas d'insuffisance du pancréas*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 1, 23 Octobre 1934). — P. et F. ont été amenés à étudier la résorption des graisses chez un malade qui est né et a vécu presque toute sa vie sous les tropiques. Ce malade a eu, en Mai 1930, un accident suivi, 15 jours plus tard, de fatigue, de soif et de glycosurie puis un an après de stéatorrhée qui lit faire le diagnostic de sprue.

Un examen approfondi confirme l'existence de diabète et montre qu'il n'existe aucun symptôme de sprue, mais une diarrhée grasse pancréatogène ayant pour conséquence l'élimination par les fèces des graisses ingérées et des protéines avec fibres musculaires striées. D'ailleurs, le suc duodénal ne contient ni lipases, ni trypsine. Des recherches poursuivies chez ce malade ont montré qu'après administration de lard ou d'huile d'olive il reparaissait dans les fèces des corps gras dans une proportion parfois supérieure de 44 pour 100 à ceux qui avaient été ingérés. Le fait n'est d'ailleurs pas inconnu. Il est dû à ce que les glandes de l'intestin sécrètent de la graisse provenant des dépôts.

Chez ce malade, en tout cas, au cours de trois jours, pendant lesquels il fut ingéré 350 gr. de graisse, les fèces correspondantes délimitées par du carmin ont présenté 518 gr. de graisse, soit 144 pour 100 de ce qui avait été ingéré. Avec l'huile d'olive, l'élimination des graisses a atteint 101,6, 111 et 87,7 pour 100. Avec la palmine, les éliminations ont atteint 104,7 et 105,2 pour 100 de

ce qui avait été ingéré. L'administration de beurre a montré que ce produit est remarquablement supporté et que les pertes sont faibles : 52,8 et 75,5 pour 100. Avec la crème et le lait, il n'a pas été procédé à des épreuves précises. Mais il semble que l'un et l'autre de ces deux aliments soient bien supportés et bien résorbés.

Dans les fèces de ce malade, les savons étaient remarquablement peu abondants. La plus grande partie des graisses était, par conséquent, sous forme de graisses neutres ou d'acides gras libres non volatils, dans la proportion relative où ces corps se trouvent dans les fèces de sujets normaux. Il est probable que le dédoublement des graisses était produit par des bactéries. La résorption de l'acide oléique est particulièrement mauvaise. Elle n'accélère pas le transit intestinal mais l'élimination atteint 135,4 et 120 pour 100.

Il a été fait une série de recherches sur l'influence de plusieurs extraits pancréatiques sur la résorption des graisses. Ces effets ont été en général insuffisants avec le pankreozym et avec le pankreon. Le pankreasdispert a donné des résultats un peu meilleurs. Le pankreasdispert II a fait passer la proportion des graisses éliminées par les fèces, de 64 pour 100, chiffre normal, à 19,3 pour 100. L'acide désoxycholique a aussi des effets très marqués (39 pour 100). Par contre, les alcalins, notamment sous forme de bicarbonate de soude, rendent la résorption très mauvaise. Ils font passer les graisses éliminées de 64 à 81 pour 100 ou inhibent une bonne partie des effets du pankreasdispert II (45 pour 100 au lieu de 19,3). L'insuline n'a pas d'effet sur la résorption des graisses. Les graisses du sang atteignaient un taux plutôt fort chez ce malade tandis que celui de la cholestérine était faible.

Selon P. et F., il est vraisemblable que les insuffisances pancréatiques sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement et qu'elles interviennent dans le syndrome gastro-cardiaque de Römheld, dans les dyspragies angio-sclérotiques intestinales de Ortner, dans le météorisme des gens âgés enfin, en cas de labilité du système vasculaire comme il s'en observe chez les femmes à la ménopause. Il est ainsi donné 7 observations de sujets rentrant dans l'une ou l'autre de ces catégories. Le traitement avec des extraits pancréatiques actifs (pankreasdispert II) a donné, d'une façon générale, des résultats très nets en améliorant les symptômes subjectifs, en diminuant le météorisme et en rendant les selles plus normales notamment au point de vue des résultats donnés par l'examen microscopique.

P.-E. MORHARDT.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE (Berlin)

Elisabeth Grothaus (Fribourg-en-Brisgau). ***Recherches sur le caractère héréditaire de la dystrophie musculaire progressive d'Erb*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, an. **181**, fasc. 2, 12 Novembre 1934, p. 344-362). — La maladie dénommée par Charcot myopathie progressive primitive, et, par Erb, dystrophie musculaire, est de pathogénie encore très discutée. On admet qu'elle est indépendante de toute altération du système nerveux tant central que périphérique. Mais, parmi les données étiologiques qui la concernent, seules deux notions se dégagent de l'examen des faits : le caractère d'abord congénital, ensuite héréditaire de l'affection.

C'est donc une maladie familiale ; Erb l'avait déjà noté dans près de 60 pour 100 des cas. Dans les 30 exemples observés par elle, E. G. s'est appliquée à retrouver cette hérédité homologue, similaire, directe ou collatérale.

JEAN PATEL.

THERAPIE DER GEGENWART (Berlin)

M. Bircher-Benner. ***Cures de crudités et leurs indications*** (*Therapie der Gegenwart*, t. **75**, n° 11, Novembre 1934). — Pour B.-B., les cures de crudités constituent une thérapeutique causale et personne actuellement n'est capable d'apprécier même approximativement les insuffisances et les anomalies de corrélation qu'entraîne une alimentation artificielle et modifiée par la chaleur. Il rappelle à ce propos des remarques de McCollum, de Walter Fletcher, de Russel M. Wilder pour montrer qu'actuellement la signification étiologique, thérapeutique et préventive de l'alimentation n'est pas encore appréciée à sa juste valeur.

Avec une certaine alimentation dite crépusculaire par McCollum, les inconvénients ne se manifestent guère qu'au cours de la seconde génération et par une sensibilité aux maladies par refroidissement ou par des affections dentaires, de la constipation, de la myopie, de la fatigabilité, de l'irritabilité, etc. En pareil cas, le régime thérapeutique prévient ou guérit ces affections. Pour montrer la fréquence des maladies, conséquence d'un régime défectueux, B.-B. rappelle que la carie dentaire se rencontre en Suisse chez presque tous les enfants ainsi qu'une hyperplasie de la thyroïde et de la constipation, de la myopie, etc. Ainsi, le régime qu'il propose se trouve indiqué pour l'ensemble de l'humanité civilisée.

A un degré plus marqué, ces régimes défectueux déterminent de véritables maladies complexes : auto-intoxication, colibacillose, accumulation des déchets dans les tissus, méiopragies viscérales, allergies diverses, etc. Les indications de ces régimes thérapeutiques ne sont pas déterminées par la forme de la maladie ni par l'anatomie pathologique et on ne saurait par conséquent admettre une diététique gastrique, intestinale, hépatique, rénale, cardiaque, etc.

En terminant, B.-B. donne une longue liste de 25 groupes de maladies qui peuvent être traitées par le régime de crudités et parmi lesquelles figurent, entre autres, les avitaminoses, les allergies nutritives, les toxicoses alimentaires, les affections gastro-intestinales de toutes espèces, les diverses formes de rhumatisme et de maladies des os, du sang, du système lymphatique, des reins, de l'appareil respiratoire, des organes des sens, du système nerveux, des troubles digestifs de l'enfance, des exsudats gynécologiques et enfin du cancer.

P.-E. MORHARDT.

ZENTRALBLATT FUR INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. E. Bock. ***Les crises d'apnée dans l'association tabes-paralysie générale*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **55**, n° 47, 24 Novembre 1934, p. 961-970). — B. relate l'observation d'une hérédo-syphilitique de 28 ans, atteinte de tabes associé à une paralysie générale, ayant passé jusque-là inaperçu, qui, après ingestion de café fort, fit subitement une crise d'apnée avec des pauses respiratoires allant jusqu'à 8 minutes, se caractérisant par un arrêt respiratoire soudain et une cyanose intense sans la moindre sensation subjective de dyspnée et sans modifications du fonctionnement du cœur, à part une légère accélération. Pendant les pauses la malade présentait une inconscience spéciale ; il existait une amnésie rétrograde pour les crises. Toute tentative thérapeutique (lobéline intraveineuse, papavérine) a échoué contre les accès mais la respiration artificielle a fait rapidement cesser la cyanose. La reprise d'une respiration spontanée normale a demandé 48 heures lors de la première crise. Ultérieurement se montrèrent des crises épileptoïdes à prédominance unilatérale, tandis que les crises d'apnée se raréfiaient et se raccourcissaient. B. signale comme prodromes caractéristiques des crises apnéiques et épileptoïdes une élévation de la température et de la pression artérielle. Pharmacologiquement, l'adrénaline et la caféine à doses thérapeutiques déclenchèrent au début un trouble respiratoire rappelant une crise apnéique atténuée, plus tard une crise épileptoïde, qui semblent toutes deux procéder du même mécanisme. La morphine, par contre, ne favorisait pas les crises ni ne les déclenchait.

Avec les progrès de la démence, la mort survint 9 mois après la première crise apnéique. A l'autopsie, lésions typiques de tabes et de paralysie générale, avec atrophie très marquée de l'écorce, infiltration de plasmazellen très nombreuses dans le tronc cérébral, destruction totale du noyau dorsal du vague d'un côté et disparition des cellules ganglionnaires de la corne d'Ammon et du cervelet par lésions vasculaires. De nombreuses altérations se voyaient en particulier au niveau de la formation réticulaire (centre respiratoire).

P.-L. MARIE.

H. E. Bock. ***Le mécanisme des crises d'apnée dans le tabes associé à la paralysie générale*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **55**, n° 48, 1er Décembre 1934, p. 977-985). — B. ne croit pas pouvoir expliquer les crises d'arrêt respiratoire par les lésions anatomiques présentées par cette malade. L'analyse des symptômes cliniques, les données pharmacologiques et les lésions histologiques elles-mêmes plaident en faveur d'une origine angiospasmodique des crises ; il s'agirait là de crises vasculaires analogues à celles décrites par Pal. B. souligne comme particulièrement importants à cet égard les points suivants : l'alternance des accès d'apnée et des crises épileptoïdes, qui permet de conclure à une équivalence de ces phénomènes ; l'absence de toute influence de la morphine ; le rôle de l'élévation de la pression artérielle au début de la crise, déjà soupçonné par Pal, mais bien constaté dans cette observation.

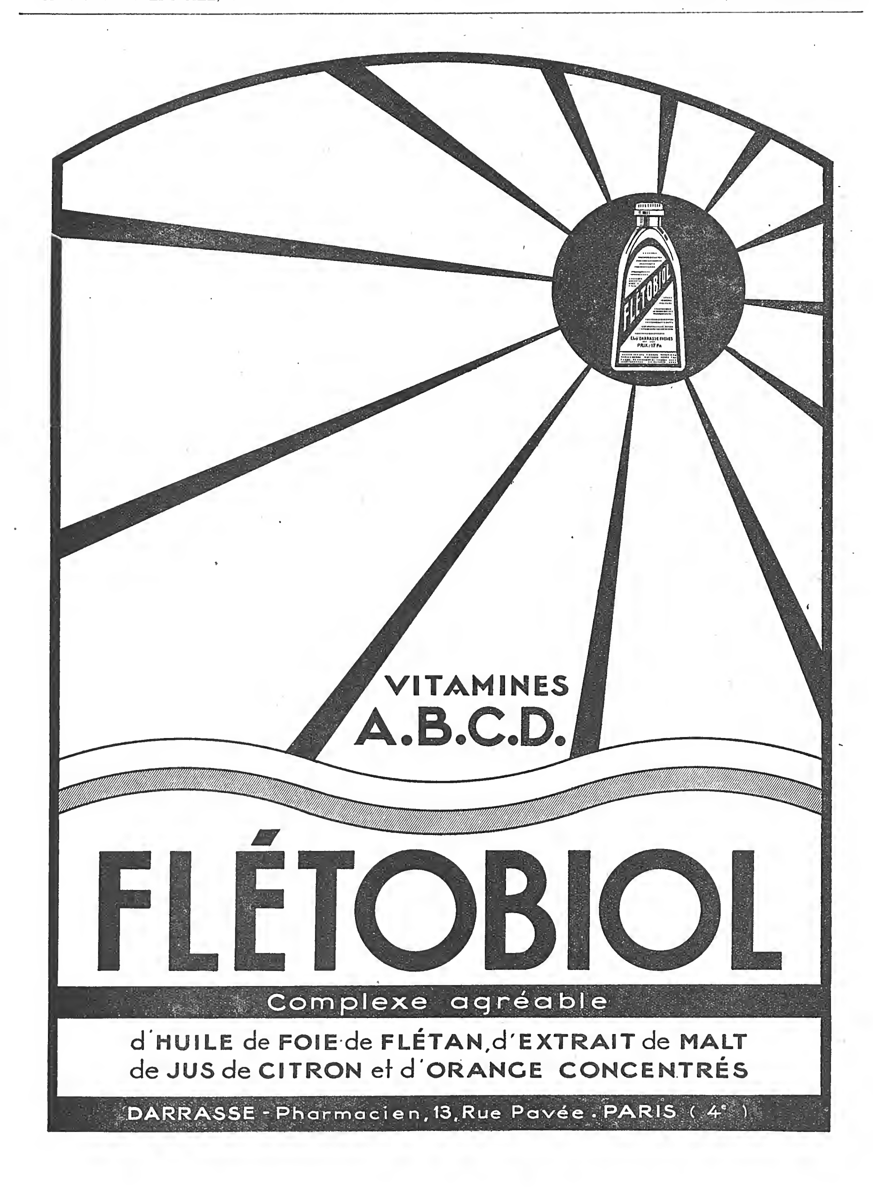
P.-L. MARIE.

K. Buinewitsch (Kaunas). ***Capillaropathie oblitérante circonscrite aiguë*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **55**, n° 50, 15 Décembre 1934). — B. rapporte l'observation d'un ouvrier alcoolique de 35 ans qui, à plusieurs reprises, présenta, le plus souvent à la suite d'un refroidissement, des poussées de fièvre élevée accompagnées de l'apparition d'infiltrations sous-cutanées disséminées. Ces infiltrations étaient fermes, un peu surélevées, indolores ; la peau à leur niveau était soit de couleur normale, soit rose ou violacée. On ne notait aucune modification du côté des viscères, sauf une légère splénomégalie. Du côté du sang, on trouvait de l'anémie avec leucopénie et lymphocytose légère. Hémocultures stériles.

B. rejette le diagnostic de lèpre tubéreuse, de lymphome, de mycosis fongoïde, de sodoku. La biopsie montrait des lésions nodulaires de thrombo-vascülite (endo-méso-périvascülite oblitérante avec infiltration périvasculaire de leucocytes, de lymphocytes, de plasmazellen et de macrophages avec lésions de stéatonécrose).

B. rapproche cette curieuse affection des infiltrations analogues que l'on rencontre dans le typhus exanthématique, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans le sodoku, etc. D'autre part, des lésions vasculaires de ce genre se constatent à l'état chronique chez les éthyliques et après refroidissement. Mais dans ce cas il s'est agi d'une affection primitive et autonome des petits vaisseaux de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, accompagnée d'une fièvre élevée et liée à un refroidissement, qui éveille l'idée d'une maladie infectieuse de nature septicémique. A signaler les bons effets de la trypaflavine chez ce malade.

P.-L. MARIE.


VITAMINES
A.B.C.D.
FLÉTOBIOL
Complexe agréable
d'HUILE de FOIE de FLÉTAN, d'EXTRAIT de MALT
de JUS de CITRON et d'ORANGE CONCENTRÉS
DARRASSE - Pharmacien, 13, Rue Pavée . PARIS (4e)

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

E. S. Scowen et **A. W. Spence.** ***Effets de l'administration prolongée d'un extrait acide du lobe antérieur de l'hypophyse sur la thyroïde des cobayes*** (*British medical journal*, n° 3852, 3 Novembre 1934). — A 14 cobayes, 6 mâles et 8 femelles, S. et S. ont injecté, chaque jour, dans le péritoine, 1 cmc puis 2 cmc de cet extrait pendant 95 jours. Ils observèrent une baisse de poids, une hyperplasie de la thyroïde, de l'exophtalmie et une augmentation de volume des surrénales.

Microscopiquement la plupart des thyroïdes avaient les vésicules remplies de substance colloïde, cependant certaines restèrent au stade hyperplasique.

Les surrénales les plus hypertrophiées se montrèrent chez les animaux dont les thyroïdes étaient modifiées par l'état colloïde.

Evans, Collip, Anderson et Thomson ont montré que les extraits antérieurs, qui contiennent une hormone thyrotropique, contiennent également un facteur adrénotropique.

L'hypertrophie surrénale a dû être produite par ce facteur et probablement aussi par le facteur élaboré par la propre hypophyse de l'animal sous l'action de la sécrétion de la thyroïde augmentée par les injections de l'hormone thyrotropique.

S. et S. confirment également les expériences de Collip et d'Anderson qui ont montré que dans le sang des animaux soumis pendant longtemps à des injections d'extrait de la pituitaire antérieure ou hormone thyrotropique se développait une hormone antithyrotropique, ayant pour effet de rétablir l'équilibre hormonal.

Il est possible que ce principe antithyrotropique soit produit par la corticale surrénale en réponse aux injections de l'extrait pituitaire antérieur, dans ce cas l'hormone adrénotropique pourrait être d'une certaine valeur dans le traitement de la maladie de Graves.

André Plichet.

T. Izod Bennett. ***La cause et le traitement de l'œdème*** (*British medical journal*, n° 3855, 24 Novembre 1934). — L'œdème est un signe physique indiquant un excès de liquide dans les espaces tissulaires. Deux grands facteurs en sont responsables : le changement de pression sanguine intracapillaire et l'abaissement de la pression osmotique colloïdale des protéines du plasma.

La perméabilité accrue des parois capillaires joue probablement un rôle dans les œdèmes du type urticarien. Ce rôle est encore possible dans les cas de néphrite aiguë.

Le chlorure de sodium n'est pas un facteur causal dans la production de l'œdème mais un agent provocateur en ce qu'il tend à maintenir l'eau dans les espaces tissulaires plutôt que dans la circulation. C'est le sodium et non le chlorure qui en est responsable.

Pour le traitement, l'œdème cardiaque demande le repos prolongé, la digitale, un régime sans sel et pour les cas résistants les diurétiques mercuriels.

L'œdème rénal présente trois variétés : 1° le type rencontré dans les néphrites avec hypertension à leur phase terminale, 2° le type rencontré dans les cas de néphrose et de syndrome néphrotique, 3° le type que l'on voit dans les cas de néphrite aiguë.

L'œdème de la néphrose et du syndrome néphritique est dû à la perte des protéines du plasma sanguin. Il demande un régime sans sel et relativement riche en protéines. Les diurétiques mercuriels ne sont pas contre-indiqués dans les cas résistants.

L'œdème de la néphrite glomérulaire demande un traitement prudent. Dans la phase aiguë, le jeûne absolu est nécessaire. Dans les cas chroniques, il faut régler soigneusement la quantité de protéines du régime et éviter toute médication qui pourrait causer d'autres dommages aux reins.

André Plichet.

R. B. Mayfield. ***La disparition du test de Schick par injection d'antitoxine diphtérique chez l'homme*** (*British medical journal*, n° 3855, 24 Novembre 1934). — M. pense qu'un intervalle de deux heures est suffisant pour qu'une réaction de Schick ne soit pas neutralisée par une injection de sérum antidiphtérique. A des sujets on pratique deux réactions de Schick, l'une deux heures avant, l'autre immédiatement avant une injection de sérum antidiphtérique. On constate alors que le Schick fait deux heures avant est positif chez le plus grand nombre de sujets, alors que celui fait immédiatement avant l'injection est le plus souvent négatif.

Le sérum antidiphtérique injecté dans les veines neutralise plus rapidement encore une réaction de Schick positive.

André Plichet.

L. Landor et **Mohammed Salleh.** ***Un cas de paralysie par l'évipan*** (*British medical journal*, n° 3855, 24 Novembre 1934). — L. et M. rapportent un cas d'anesthésie à l'épivan suivie de paralysies étendues. L'anesthésique fut donné de la façon suivante : une ampoule d'évipan fut dissoute dans 10 cmc 5 d'eau distillée et 9 cmc de cette solution furent injectés lentement en six minutes. Le malade commença à bâiller à 2 cmc 1/2 et à ronfler à 4 cmc. L'opération qui porta sur le genou dura 17 minutes. Le malade endormi à 11 h. 30 du matin ne se réveilla qu'à 10 h. 30 du soir. On s'aperçut 12 jours après d'une paralysie du tronc, des membres inférieurs et de la partie distale des membres supérieurs. Les réflexes tendineux étaient absents. Pas de signe de Babinski et présence des réflexes cutanés. Pas de troubles sphinctériens. Liquide céphalo-rachidien normal. Cette paralysie disparut lentement en 4 mois ne laissant comme séquelle qu'un pied légèrement tombant à gauche.

On n'avait relevé jusqu'à présent aucun cas, dans la littérature, d'effets toxiques de l'évipan. Une pression artérielle basse était la seule contre-indication. Certains attribuèrent la paralysie de ce sujet à du béri-béri, mais le réveil tardif du sujet, la paralysie des muscles du tronc sont en faveur de l'étiologie toxique. D'ailleurs, Wilcox a rapporté des cas de névrite périphérique due aux effets toxiques de barbiturates et l'évipan fait partie de cette série de corps. Il est donc nécessaire de prendre quelques précautions dans l'emploi de cet anesthésique.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

A. Neave Kingsbury. ***Psychoses paludéennes consécutives à l'atébrin*** (*The Lancet*, n° 5801, 3 Novembre 1934). — Sur plusieurs centaines de cas de paludisme traités par l'atébrin, K. a recueilli 17 observations de psychoses.

Ces psychoses, qui se sont développées aussi bien chez des hommes que chez des femmes, aussi bien dans des cas de tierce bénigne que dans des cas de fièvre paludéenne mixte, sont survenues peu après le début du traitement par l'atébrin.

La dose employée la plus minime était de 0 30 centigr. par jour.

Ces troubles mentaux étaient caractérisés par un état dépressif, par de l'anxiété, par la perte de la mémoire, par de l'insomnie et parfois par de la confusion mentale et ont nécessité la mise en observation de 4 malades dans un service spécial. Cependant, ces troubles ont disparu, en général, en 5 ou 6 jours.

Quant à l'étiologie de ces troubles, il faut envisager 3 hypothèses :

1° Psychose paludéenne semblable aux psychoses confusionnelles qui ont été décrites par Gutmann et Porot pendant la guerre chez des paludéens non traités ou traités seulement par la quinine.

2° Libération des toxines en grande quantité.

3° Action de l'atébrin qui est toxique pour le système nerveux chez l'animal à la dose léthale.

En pratique, quoique l'atébrin soit moins efficace à petites doses, il y a intérêt à ne pas dépasser 0 centigr. 20 par jour de ce produit.

André Plichet.

G. M. Findlay. ***L'immunisation contre la fièvre jaune par le virus neurotropique atténué*** (*The Lancet*, n° 5801, 3 Novembre 1934). — Les résultats obtenus par Laigret dans l'immunisation contre la fièvre jaune par un virus neurotrope atténué sont intéressants, en ce sens, que la technique est plus simple que celle de l'immunisation par le sérum d'individus immuns.

Mais, pour F., la présence, pendant l'immunisation, d'un virus neurotrope de la fièvre jaune dans le sang circulant fait courir des dangers et au patient et à la communauté.

A la communauté, car, si les expériences massives de Mathis, Laigret et Durieux n'ont pas été suivies du développement d'une épidémie dans la région où ils opéraient, il faut toujours redouter, dans un pays d'endémie, que des moustiques viennent piquer le sujet en voie d'immunisation et aillent conférer la maladie à d'autres sujets. Davis a récemment montré que la piqûre d'un moustique injectait cent fois la dose infectante pour une souris.

D'autre part, le sujet lui-même court un véritable danger. La barrière qui sépare le cerveau de la circulation sanguine peut être rompue et le système nerveux central peut être envahi par le virus. Il semble que cette éventualité se soit produite dans 2 cas de Laigret. Davis, Lloyd et Frobisher ont rapporté le cas d'un singe chez lequel s'est développée une encéphalite à la suite d'une piqûre de moustique infecté de virus neurotrope.

Parfois, également, chez des souris et des cobayes inoculés dans le péritoine avec du virus neurotrope, s'est développée une encéphalite en l'absence de tout traumatisme cérébral connu. C'est pourquoi on ne peut compter sur l'imperméabilité de la barrière entre le cerveau et la circulation sanguine.

Un second danger ne peut pas non plus être écarté entièrement : c'est celui du changement soudain du virus neurotrope en virus viscérotrope.

Chez l'homme, après inoculation de virus neurotrope, la leucopénie et la bradycardie sont la règle et des symptômes tels que la jaunisse et l'albumine ont été observés.

Findlay et Clarke ont montré que chez le hérisson l'inoculation du virus neurotrope est capable de produire des lésions du foie et de l'estomac semblables, mais à un degré moindre, à celles produites par le virus viscérotrope.

Le virus neurotrope doit être considéré comme un virus pantropique plutôt que strictement neurotrope.

André Plichet.

A. W. Florey, H. E. Harding et **P. Fildes.** ***Le traitement du tétanos*** (*The Lancet*, n° 5802, 10 Novembre 1934). — Les derniers travaux sur le tétanos ont amélioré considérablement le pronostic de cette affection. Il y aurait intérêt cependant à diriger les cas de tétanos sur des services spécialisés au courant des dernières méthodes thérapeutiques.

Dans le tétanos déclaré, la meilleure voie d'introduction du sérum antitétanique serait la voie intra-

veineuse. Quoiqu'il soit probable que le bacille tétanique ne produise plus de toxines dans une plaie refermée, on s'accorde à recommander l'excision de la blessure.

La curarine semble pouvoir arrêter les crises spasmodiques et les contractures sans affecter les fonctions végétatives. Un inconvénient de ce traitement est la répétition des injections. Elles doivent être faites, en effet, toutes les demi-heures et être rapidement arrêtées si besoin en est.

Deux accidents peuvent se produire: 1° l'asphyxie par la salive tombant dans la trachée. Cet accident peut être prévenu en mettant la tête en bonne position et la salive arrêtée par une injection d'atropine; 2° l'arrêt du diaphragme par une dose un peu forte de curarine. A vrai dire, pour que la curarine agisse, il faut arriver presque à cet arrêt du diaphragme. Dans le cas où cet accident se produit, il faut faire de la respiration artificielle et la prolonger pendant 20 minutes.

La morphine est contre-indiquée à cause de son action dépressive sur le centre respiratoire.

Il faut administrer au sujet le plus de liquide possible soit par la voie veineuse, soit par la voie rectale.

Quand les redoublements spasmodiques sont calmés par la curarine, l'hyperpyrexie peut être traitée par les méthodes usuelles.

Dans cet article, on trouvera également le protocole d'expériences sur l'animal du traitement du tétanos par la curarine.

André Plichet.

Lee Lander et **Maclagan.** ***100 tests à l'histamine chez des étudiants normaux*** (*The Lancet*, n° 5805, 1er Décembre 1934). — Les étudiants en médecine choisis pour cette expérience étaient âgés de 18 à 32 ans. Comme tests de cette expérience, on rechercha la plus grande acidité libre, la quantité de suc gastrique par heure et la quantité d'acide libre par heure.

L'acidité moyenne totale est plus forte que Polland ne l'estimait pour cet âge, mais cette différence n'a pas de valeur au point de vue statistique.

8 cas, pris en dehors de ces 100 cas témoins et qui se plaignaient de douleurs abdominales, montrèrent une plus grande quantité de suc gastrique et d'acide mais sans différence dans la concentration de l'acidité.

20 cas parmi les 100 cas étudiés, qui avaient des parents dyspeptiques, montrèrent des différences dans la quantité d'acide et de suc gastrique mais pas d'accroissement dans la concentration de l'acidité. Ceci peut être considéré comme une preuve de l'hérédité de l'hyperacidité.

Dans ce test à l'histamine, il faut prendre de grandes précautions de technique dans l'estimation des quantités de suc gastrique et d'acidité et se méfier des possibilités de collapsus chez des sujets à pression artérielle basse.

André Plichet.

F. Hellier. ***L'étiologie et la mortalité des hématémèses*** (*The Lancet*, n° 5806, 8 Décembre 1934). — L'analyse de 303 cas d'hématémèses graves a donné: 202 dues à un ulcère, 72 d'origine douteuse, 14 consécutives à une anémie splénique, 10 à une cirrhose, 5 à un cancer.

La mortalité des cas dans lesquels le diagnostic avait été fait fut de 13 pour 100 chez les hommes, de 12,5 chez les femmes. Les 14 cas d'hématémèses consécutives à une anémie splénique survinrent chez des sujets ayant une très grosse rate et n'ayant pas de cirrhose du foie. 5 cas furent rapidement mortels.

Le traitement fut dans la plupart des cas purement médical. Dans les hématémèses graves et répétées, on fit des transfusions. L'opération d'urgence, dans 4 cas, fut faite avec un résultat déplorable.

André Plichet.

Ernest Bulmer. ***Le traitement de l'ulcère peptique par l'histidine*** (*The Lancet*, n° 5806, 8 Décembre 1934). — Dans l'ulcère de l'estomac, on a essayé différentes méthodes de traitement parentéral. Glaessner a recommandé des injections sous-cutanées de pepsine; Melocchi, des injections intraveineuses de benzoate de soude; Martin, des injections intramusculaires de protéines de lait.

B., reprenant les recherches de Aron et Weiss, a traité 52 cas d'ulcère peptique par l'histidine. Le traitement a consisté en injections intra-musculaires quotidiennes de 5 cmc d'une solution à 4 pour 100 d'histidine. Le traitement était ambulatoire, sans régime spécial.

Dans 58 pour 100 des cas, les symptômes radiologiques disparurent. Dans 19 pour 100, le traitement fit disparaître les symptômes cliniques mais n'eut aucune action sur les symptômes radiologiques. Dans 23 pour 100 des cas, il n'y eut aucune amélioration.

Les ulcères gastriques semblent moins irréductibles que les ulcères duodénaux et les ulcères au début guérissent plus facilement que ceux qui ont déjà une longue évolution.

André Plichet.

A. M. Cooke. ***La symptomatologie de l'hypoglycémie insulinique*** (*The Lancet*, n° 5806, 8 Décembre 1934). — Une proportion considérable de diabétiques, traités par l'insuline, ont quelquefois des crises d'hypoglycémie. Mais ces crises, si elles sont alarmantes pour le malade, présentent rarement du danger.

Les symptômes de ces crises sont variés. Sur 179 diabétiques, 111 soit 62 pour 100 déclarent qu'ils avaient eu une ou plusieurs crises d'hypoglycémie. Il n'y avait pas de prédominance de sexe. Les crises apparurent le plus souvent dans la matinée et de préférence pendant l'été. Cela vient corroborer ce que l'on sait de l'influence des exercices sur l'hypoglycémie. Les symptômes observés le plus souvent sont les sueurs, les lipothymies, le tremblement, les troubles oculaires, les vertiges, la céphalée, l'incoordination des membres. A ajouter deux symptômes qui n'avaient pas encore été signalés dans les revues d'ensemble: la vision des objets colorés en jaune et l'énurèse nocturne. Lindquist avait observé au cours de l'expérience chez l'animal une augmentation des contractions vésicales et de la pression abdominale.

Le traitement consiste, bien entendu, à donner du sucre au sujet, soit sous forme de glucose, de maltose, de galactose, de lactose, de saccharose, de lévulose, de glycérine ou d'amidon. Le glucose est le sucre le plus efficace. Dans les cas légers, on pourrait donner à la rigueur du saccharose ou de l'amidon. Si la voie gastrique n'est pas suffisante, il faudra avoir recours aux injections intraveineuses de sérum glucosé isotonique ou de solution hypertonique à 25 pour 100. Si on ne peut trouver de veines, on fera une injection dans l'espace périfémoral. La voie rectale est trop lente et trop incertaine. L'injection d'adrénaline n'est pas à recommander, car son efficacité dépend de la réserve de glycogène du foie et dans le diabète cette réserve est minime.

Le principal est d'empêcher ces accidents de se produire en laissant le malade sans surveillance médicale. Il faut conseiller à tout diabétique traité par l'insuline de garder à portée de sa main des tablettes de glucose ou de sucre.

André Plichet.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Cornbleet et **Kaplan.** ***Les protéoses urinaires dans l'eczéma*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **30**, n° 4, Octobre 1934). — Ce travail est une critique de la méthode d'Oriel et Barber. On sait que ces auteurs, en mélangeant de l'urine avec de l'acide sulfurique et en agitant avec de l'éther, ont obtenu une poudre blanche, qu'ils considèrent comme une protéose et qui aurait les qualités d'un antigène.

Les preuves de cette qualité antigénique de la substance d'Oriel seraient: 1° la positivité des tests cutanés avec cette substance chez le malade qui a fourni les urines et chez les sujets atteints de la même affection que lui; 2° la positivité de l'épreuve de Prausnitz-Küstner et de celle de Dale.

C. et K. ont traité l'urine par la méthode standard au sulfate d'ammonium et ils ont obtenu des corps identiques aux protéoses obtenues avec la technique d'Oriel et Barber.

Ils ont examiné 14 malades atteints d'eczéma, 19 sujets atteints d'affections non allergiques et 5 sujets sains. Ils concluent que les substances obtenues avec l'urine de ces différents sujets n'ont pu être distinguées les unes des autres.

Les tests intra-cutanés et épidermiques chez les malades allergiques avec la substance d'Oriel sont seulement des pseudo-réactions; d'autre part la réaction de Prausnitz-Küstner a été trouvée négative.

Enfin la substance d'Oriel n'est pas antigénique et elle n'a aucune action thérapeutique.

R. Burnier.

Talalov. ***Ulcère aigu de la vulve avec lésions de la peau et de la muqueuse buccale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **30**, n° 4, Octobre 1934). — L'ulcère aigu de la vulve de Lipschütz était considéré par lui comme une infection locale causée par *Bacillus crassus.*

Samek et Fischer ont constaté chez une jeune fille de 19 ans un ulcère aigu de la vulve, et une éruption des jambes, analogue à l'érythème noueux, et ils trouvèrent *Bacillus crassus* à la surface des ulcérations, sur les nodules cutanés, dans le sang et dans les coupes histologiques; il y avait donc infection généralisée par ce bacille avec métastases cutanées.

D'autre part, Ito, Matras et Philadelphy ont constaté des lésions aphteuses de la muqueuse buccale en même temps que des lésions vulvaires avec *Bacilles crassus* dans les deux lésions.

T. a observé 2 cas de ce genre. Une jeune fille de 16 ans fut atteinte subitement de frissons et de fièvre avec lésions papulo-pustuleuses de la peau, de nombreuses ulcérations de la vulve, du périnée et de l'anus, de la région inguinale, de l'aisselle droite et des lésions aphteuses de la muqueuse buccale. *Bacillus crassus* fut retrouvé dans toutes ces lésions.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'une femme mariée de 28 ans, atteinte de stomatite aphteuse et de lésions ulcéreuses des organes génitaux, en relation avec les règles, l'une d'elles persistant depuis un an et demi. *B. crassus* existait dans ces lésions.

R. Burnier.

Norman Tobias. ***Syndrome de Danlos, associé avec une lipomatose congénitale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **30**, n° 4, Octobre 1934). — On sait que le syndrome de Danlos est caractérisé par une hyperélasticité de la peau et des articulations, une fragilité de la peau aux points exposés aux pressions et des pseudo-tumeurs consécutives à des traumatismes.

T. a observé un cas de ce genre chez une fillette de 9 ans, qui présentait, en dehors des signes habituels: *cutis laxa*, laxité articulaire des doigts, escarres des genoux après traumatismes, pseudo-tumeur du coude droit, une lipomatose généralisée, perceptible à la palpation de la peau. Cette lipomatose n'a pas encore été signalée dans la littérature.

T. fait rentrer ce syndrome dans le cadre de la maladie de Recklinghausen.

R. Burnier.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

Wendell Muncie. ***Etats d'excitation post-opératoires*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **32**, n° 4, Octobre 1934). — L'existence d'états d'excitation post-opératoires était sans doute connue d'Ambroise Paré. Ils furent l'objet d'études de la part de Dupuytren, de Picqué, de le Dentu, de Rudolf Löwy, de Kleist, de Bonhoeffer, de Rohé et Hurd, de Kelly et da Costa.

M. en rapporte à son tour 4 observations nouvelles et met en lumière dans la genèse de ces psychoses les 3 éléments principaux qui les conditionnent : l'élément infectieux, l'élément toxique, et le terrain anxieux constitutionnel sur lequel elles se développent. Il montre le développement parfois tardif de ces accidents après l'opération, le léger élément toxique indubitable, la crainte, la méfiance et la dépression qui résultent du cours des événements, et de la tendance ultérieure à l'excitation et à la suractivité où prédomine toujours la peur.

Dans 3 cas, l'excitation était modérée, avec un entretien expliquant le mécanisme du choc, une guérison rythmique avec rechute, l'absence de distraction. L'autre cas montre typiquement la tendance à l'excitation maniaque.

M. discute les rapports de la crainte avec les réactions plus typiquement affectives. Le facteur temps semble être un élément essentiel permettant de séparer ces réactions des accidents maniaques-dépressifs.

M. prend soin que l'auto-critique persiste dans tous les contacts avec le patient après l'opération, afin que les facteurs plastiques de la situation puissent jouer dans l'intérêt du patient, dans une coopération et une confiance mutuelle.

H. Schaeffer.

Edward M. Bridge. ***L'état mental des épileptiques*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **32**, n° 4, Octobre 1934). — L'existence de troubles du caractère et de la conduite de certains comitiaux a tellement frappé certains psychiatres qu'ils ont parlé de « personnalité épileptique ». Les uns les ont considérés comme la conséquence d'une constitution mentale héréditaire, d'autres comme le résultat du préjudice que causent au malade ses accidents et de ses réactions envers l'entourage.

L'épileptique est d'habitude considéré comme un sujet concentré sur lui-même, préoccupé de sa ligne de conduite et des obstacles qu'il peut rencontrer. Sujet à des éclats de caractère, il est souvent triste et déprimé, parfois querelleur et cruel. Emotif, instable et très sensible à tous ses ennuis, il est en général indifférent à ceux des autres. Son activité psycho-motrice est ralentie, mais son intelligence assez bien conservée.

Le problème est ainsi mal posé, et la personnalité épileptique ne constitue pas une entité. Elle dépend des causes de la maladie, et les troubles mentaux évoluent souvent parallèlement avec la fréquence des crises, s'aggravant quand les crises augmentent de fréquence, s'atténuant quand elles s'espacent.

On ne saurait comparer des sujets atteints d'épilepsie essentielle, et en fait très différents. Chez les uns les accidents reconnaissent surtout une origine psychogène, chez les autres les crises sont la conséquence de lésions cérébrales cicatricielles, vasculaires, ou autres. Ces malades se comporteront très différemment.

B. insiste sur l'importance médicale et sociale qui existe à envisager l'épilepsie comme une maladie héréditaire ou acquise. Dans le premier cas, la maladie ne semble passible que d'un traitement palliatif, et cette conception laisse peser sur toute la famille des malades et sur leur descendance une crainte permanente. Si l'épilepsie est considérée comme acquise les malades seront libérés de tout souci familial et pourront avoir l'espoir de guérir par un traitement convenable.

H. Schaeffer.

ORVOSI HETILAP (Budapest)

J. Boros et **G. Czoniczer** (Budapest). ***Observations sur le rôle de la glande thyroïde dans l'érythropoïèse*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 1, 1935). — Il semble qu'il existe un rapport entre l'érythropoïèse et la fonction endocrinienne de la thyroïde. Suivant les observations faites jusqu'ici, dans l'hyperthyroïdie, l'érythropoïèse est en augmentation. Conformément à ces résultats, chez ces malades, le taux des hématies est très rarement subnormal, dans la plupart des cas il est normal et on constate parfois une hyperglobulie.

En cas d'hypothyroïdie (myxœdème) on ne trouve pas d'observations parallèles. B. et C. ne font qu'élargir les résultats déjà obtenus.

Chez 12 malades myxœdémateux, on observe 7 personnes atteintes d'une anémie grave. L'analyse du sang de ces myxœdémateux donne des résultats analogues, et dans certains cas, elle est semblable au caractère de l'anémie pernicieuse ; il n'y manque que les hématies nucléées. Cette anémie myxœdémateuse est guérissable par l'administration de la thyroïde.

Chez un malade, B. et C. ont observé la simultanéité de l'anémie pernicieuse typique et du myxœdème. L'anémie pernicieuse, par administration de foie, et le myxœdème, par l'extrait de thyroïde, ont tous deux guéri.

A l'opposé de cette remarque B. et C. ont constaté chez un nombre de malades atteints seulement d'anémie pernicieuse les symptômes d'hyperthyroïdie. Chez ces sujets, pendant la rémission de la maladie, quand la crise réticulocytaire s'est terminée, B. et C. ont observé une diminution du métabolisme basal. Cette observation vient à l'appui de la théorie suivant laquelle, dans ces cas, le motif même des signes myxœdémateux est l'hypofonction de la thyroïde. Il n'en est pas moins frappant que pendant la crise réticulocytaire, ou pendant une rechute de l'anémie pernicieuse, même si les signes du myxœdème existent, le métabolisme basal peut être augmenté.

A. Blazso.

A. Herzum. ***Le traitement du rhumatisme par les ondes courtes*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 1, 1935). — H. expose ses observations de traitement par les ondes courtes d'un nombre relativement grand de sujets rhumatisants. Chaque séance du traitement a duré de 8 à 20 minutes.

On peut observer, après quelques irradiations, une diminution des douleurs et une amélioration importante, chez les malades atteints d'une arthrite subaiguë ou chronique, provenant d'une tonsillite, d'une paramétrite, ou d'une infection gonococcique. La durée de la guérison des arthrites gonococciques est plus longue, mais elle peut être également complète.

Chez les sujets ayant une polyarthrite aiguë, H. déconseille tout traitement local.

Les résultats de H. sont, en cas de myalgie primaire, fort intéressants. L'effet de ce traitement a été remarquable après 3-4 séances sur le torticolis et le lumbago.

L'activité des ondes courtes s'observe même en cas de myalgie secondaire. La durée des douleurs de la contusion des muscles et des ligaments (blessures sportives) est en effet influencée par ce traitement. Dans ces cas, H. conseille de ne commencer le traitement qu'à partir du 8e jour après le traumatisme. Il n'a eu aucun résultat chez les malades atteints d'arthrite tuberculeuse, et a pu observer seulement une amélioration passagère dans les arthralgies d'origine endocrinienne.

A. Blazso.

L. Bobszay et **K. Hollosi.** ***Sur la biologie des organes génitaux des nouveau-nés*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 2, 1935). — Dans la sécrétion du vagin des enfants, on trouve, dans un milieu alcalin ou neutre, les cocci des différents groupes. B. et H. constatent que chez les nouveau-nés, pendant quelques jours après la naissance, la flore microbienne du vagin est semblable à celle des femmes saines. La réaction chimique de la sécrétion chez les nouveau-nés est acide, quelquefois neutre, et n'est que parfois faiblement alcaline.

La première conclusion de ces recherches est que le développement dans le vagin des nouveau-nés de la flore microbienne propre au vagin des femmes saines n'est pas un résultat dû au hasard ; chez les nouveau-nés, il est impossible de voir se développer ces microbes, même en cas d'ensemencement de la culture microbienne, si les conditions locales et générales ne sont pas favorables ; ils apparaissent, au contraire, à l'occasion de la moindre possibilité d'infection, si les facteurs intérieurs sont convenables. Un des facteurs du développement de la flore microbienne est le milieu acide de la sécrétion. Les auteurs supposent que, pour le développement de la flore microbienne normale du vagin, il faut faire intervenir l'effet des hormones provenant de l'organisme de la mère.

A. Blazso.

I. Molnar et **Z. Gruber.** ***Sur les troubles du métabolisme du chlorure provenant des centres nerveux*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 5, 1935, p. 116). — Suivant les travaux les plus récents, le métabolisme basal est conditionné par le corps strié et par les centres du mésocéphale. M. et G., s'appuyant sur ces travaux, ont examiné le métabolisme des chlorures au cours des maladies aiguës du cerveau et surtout dans les troubles localisés du troisième ventricule. Les longues observations qu'ils ont faites dans 11 cas par l'administration quotidienne d'un régime continu d'une quantité fixe et bien connue de sel (méthode Pasteur Vallery-Radot) peuvent se résumer comme suit :

Le métabolisme des chlorures troublé par l'insuffisance de la régulation nerveuse ne donne que rarement des signes cliniques, mais l'existence de ce trouble est démontrable au moyen d'une surcharge chlorurée déterminée.

Les deux formes prépondérantes du trouble de métabolisme des chlorures sont 1° la forte rétention ; 2° l'élimination élevée de chlorure. La cause de la rétention peut être une oligurie absolue, une oligurie relative toujours pure, ou une forme mixte des oliguries. Chez les malades ayant une rétention de chlorure, l'élimination de sel ne diminue que qualitativement et le temps de l'élimination se prolonge aussi. L'organisme peut s'affecter un métabolisme des chlorures d'apparence physiologique, si la rétention élevée de chlorure est équilibrée par une polyurie. On peut observer une rétention de chlorure chez les sujets dont la rétention n'est pas suivie d'augmentation de poids du corps, ni la forte élimination de chlorure d'une diminution.

On n'a pu encore déterminer la lésion qui correspond à un trouble du métabolisme chloruré ; on l'a observé dans des maladies localisées à l'hypophyse et même dans les lésions du corps strié.

A. Blazso.

J. Baumann. ***Sur le nombre des douleurs, calculé d'après la méthode Frey et considéré comme pronostic probable de l'accouchement*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 5, 1935, p. 121). — Les douleurs constituent un des traits les plus significatifs du travail utérin et, en même temps, un des

facteurs les plus importants de l'accouchement. Pour observer le travail utérin pendant l'accouchement on a employé, d'après le conseil de Frey, la numération des douleurs. Dans ses investigations, B. examine, au point de vue pratique (par 153 observations), la valeur de cette méthode.

Selon les résultats de ces recherches, les chiffres du nombre des douleurs, même les plus élevés, signalent, dans la plupart des cas, une valeur, laquelle n'est surpassée que rarement par les sujets ayant une dystocie de travail. Si la dimension du bassin est normale, même quand on a dépassé le chiffre limite du nombre des douleurs, l'accouchement peut s'achever physiologiquement; c'est pourquoi dans la période de dilatation, il est inutile de recourir à d'importantes interventions chirurgicales. Il est indéniable que le nombre des accouchements artificiels est très élevé, quand le nombre des douleurs dépasse le chiffre limite.

Dans le pronostic de l'accouchement et notamment en cas de difformité du bassin, les chiffres limites semblent donner d'utiles indications. Les numérations des douleurs sont nécessaires, dans les accouchements influencés par des médicaments. Le nombre des douleurs, en cas de rupture des membranes, ne donne pas des précisions sûres au sujet des difficultés d'accouchement. Cette méthode ne peut guère être appliquée que par des spécialistes, car elle pourrait obliger les médecins moins expérimentés à des interventions dangereuses. A. Blazso.

IL POLICLINICO [Sez. medica] (Rome)

E. Zito. ***Valeur du réflexe de préhension (Janicewski) pour la localisation des lésions des lobes frontaux. Contribution clinique et anatomo-pathologique*** (*Il Policlinico*, [*sez. medica*], t. **41**, n° 12, 1er Décembre 1934). — A propos d'un cas de ramollissement de la 1re frontale et du corps calleux par thrombose de la branche supérieure de la cérébrale antérieure avec signe de la préhension forcée du côté opposé, Z. fait une étude de ce signe d'après la soixantaine de cas publiés; il est indépendant de toute action volontaire et persiste pendant le coma complet; on peut donc le considérer comme un véritable réflexe d'origine corticale prépyramidale; la conservation de la zone motrice et du faisceau pyramidal est indispensable et le réflexe disparaît lorsque, par la progression de la lésion, une hémiplégie se constitue; la lésion du corps calleux, celle du lobe frontal opposé ne sont pas nécessaires. La valeur séméiologique de ce signe pour la localisation d'un processus à la partie moyenne et postérieure de la première frontale est très grande.

Lucien Rouquès.

G. Campailla. ***L'acromégalie d'origine mésocéphalique*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **41**, n° 12, 1er Décembre 1934). — Après avoir rappelé les quelques cas connus d'acromégalie sans lésion hypophysaire et les données actuelles sur l'existence d'un centre mésocéphalique régulateur de la morphogénèse, C. rapporte un cas qui lui paraît démontrer la réalité de l'acromégalie mésocéphalique et par conséquent celle du centre mésocéphalique de la régulation morphologique osseuse et viscérale. Une malade de 57 ans présente des déformations caractéristiques de la face sans atteinte des mains ou des pieds; les examens neurologique et ophtalmologique sont négatifs; le liquide céphalo-rachidien est normal; la radiographie du crâne montre une selle turcique de forme normale mais avec une décalcification non homogène et une interruption du contour de la face postérieure de la lame quadrilatère; le métabolisme basal est + 20 pour 100. La radiothérapie n'ayant pas donné de résultats, l'hypophyse est enlevée par voie nasale; l'examen la montre normale; mais il n'est pas précisé si des coupes sériées ont été pratiquées.

C. attribue l'acromégalie fruste de sa malade à une mésocéphalite syphilitique; la notion de la syphilis est établie par les antécédents et une réaction de Kahn positive dans le sang, mais les symptômes de la mésocéphalite paraissent assez discutables: C. se base, en effet, pour l'affirmer sur l'état psychique (la malade est émotive, scrupuleuse, hypocondriaque et cénesthopathe), l'hyperglycémie légère (1 gr. 20 à jeun), l'insomnie, la frigidité (la malade n'a jamasi eu de désir sexuel, mais a eu trois grossesses normales), l'asthénie et les troubles de la thermo-régulation (la malade se plaint d'impressions de chaud et de froid).

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] (Rome)

E. Schiavo. ***La thérapeutique ovarienne dans l'hémophilie*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **41**, n° 48, 3 Décembre 1934). — Un enfant de 11 ans atteint d'hémophilie familiale a subi l'amputation de la 3e puis de la 2e phalange du médius pour une affection mal déterminée qui semble un hématome traumatique; la plaie d'amputation reste couverte de granulations qui saignent au moindre contact; de nombreuses ossifications périostées sont visibles autour de la phalange restante; le temps de coagulation est de 2 h. 10. L'enfant est alors soumis à un traitement par l'extrait ovarien (cristallovar) administré par voie buccale pendant un mois à la dose quotidienne de 50 unités-rat; l'amélioration de la plaie est nette; on suspend la médication ovarienne et, au bout de deux jours, les hémorragies reprennent; le traitement est alors poursuivi jusqu'à la fermeture complète de la plaie qui se fait rapidement; à noter qu'une nouvelle radiographie ne montre plus aucune des ossifications vues précédemment qui s'étaient sans doute faites aux dépens de suffusions hémorragiques sous-périostées; le temps de coagulation n'est plus que de 23 minutes et l'état général s'est nettement amélioré. On peut conclure que, dans ce cas, l'extrait d'ovaire a eu une action manifeste et que celle-ci n'a été que de courte durée; il doit donc être prescrit à doses minimes mais sans interruption. Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA (Turin)

G. Dominici, G. Oliva et **M. Pescarmona.** ***Diurèse et vitamine A*** (*Minerva medica*, **25**e année, t. II, n° 47, 24 Novembre 1934). — D., O. et P. ont administré à 10 malades pendant 13 à 15 jours une dose journalière de vitamine A correspondant à 32.000 unités-rat; la diurèse n'a pas été modifiée dans 3 cas où le foie ne paraissait pas en cause et dans un cas de cancer secondaire du foie; elle a augmenté légèrement dans un cas sur 2 de précirrhose; dans 4 cas de cirrhose avec ascite, la diurèse journalière moyenne avant et au cours du traitement a été de 1.125 et 1.700, 744 et 850, 360 et 635, 380 et 650; l'épreuve de dilution a donné des résultats plus proches de la normale au cours du traitement vitaminique; l'augmentation de la diurèse s'est manifestée à partir du 4e ou du 5e jour.

Il est difficile de donner une explication de l'action polyurique de la vitamine A; elle ne paraît s'exercer ni par l'intermédiaire du rein ni par celui du mésocéphale puisqu'elle n'est observée que chez les hépatiques; aussi, D., O. et P. pensent que la vitamine agit sur le foie lui-même. Aucun renseignement n'est fourni sur les éliminations salines au cours du traitement.

Lucien Rouquès.

M. Massa et **G. Zolezzi.** ***L'action du rouge Congo dans l'anémie pernicieuse*** (*Minerva medica*, **25**e année, t. II, n° 48, 1er Décembre 1934). — M. et Z., d'après certaines constatations faites après injectoin de rouge Congo, dans un but de diagnostic, ont essayé ce produit dans le traitement de l'anémie pernicieuse. Pour être stable, la solution de rouge Congo doit être à 0,5 pour 100 dans de l'eau chlorurée sodique au même taux; elle est injectée dans les veines à la dose de 15 à 20 cmc; les injections sont faites tous les jours, puis tous les 2 ou 3 jours, jusqu'à un total de 20 à 30 en général (15 à 38 dans les cas rapportés). Aucun incident dû au traitement n'a été remarqué. Les résultats ont été les suivants: dans 8 cas d'anémie pernicieuse et 2 cas d'anémie perniciosiforme, la formule sanguine est pratiquement revenue à la normale, l'état général s'est relevé et cette quasi-guérison se maintient depuis plusieurs mois; dans 3 cas d'anémie pernicieuse, la guérison a été obtenue par le rouge Congo associé à l'hépatothérapie à doses insuffisantes pour produire à elle seule la reprise de l'hématopoïèse; dans 3 derniers cas d'anémie pernicieuse, 20 injections de rouge Congo n'ayant pas donné d'amélioration suffisante, ce traitement a été abandonné pour le foie.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA (Naples)

B. Abbatecola. ***Etudes sur l'éphédrine comme antidote pharmacodynamique dans le barbiturisme aigu*** (*La Riforma medica*, t. **50**, n° 43, 27 Octobre 1934). — L'action de l'éphédrine sur les animaux intoxiqués par les barbituriques dépend du degré de la narcose; elle est inconstante chez les lapins qui ont reçu par voie veineuse 0 gr. 50 par kilogramme de véronal; elle est régulière chez ceux qui n'ont reçu que 0 gr. 30 par kilogramme, dose qui provoque un sommeil de 7 heures suivi d'un réveil normal; dans ces conditions, l'éphédrine injectée dans les veines sous forme de chlorhydrate, 30 minutes après l'intoxication barbiturique, est dépourvue de toute efficacité à la dose d'un milligramme par kilogramme, possède une action synergique de celle du véronal en prolongeant la durée du sommeil jusqu'à 12 et 14 heures aux doses de 2 à 10 milligr. par kilogramme, ne modifie ni la durée ni l'intensité du sommeil aux doses de 30 à 60 milligr. par kilogramme et abaisse la durée du sommeil à 5 heures, à partir de 60 jusqu'à 90 milligr. par kilogramme; aux doses supérieures à 40 milligr. par kilogramme, l'éphédrine a une action excitante, quasi élective, sur la respiration dont elle augmente la fréquence et régularise l'ampleur et le rythme; elle diminue l'hypothermie et améliore l'état général. Cette action sur la respiration a plus d'utilité que le raccourcissement du sommeil ; elle doit diminuer le risque des complications pulmonaires en rendant plus complète la ventilation. L'éphétonine donne les mêmes résultats que l'éphédrine.

Les essais cliniques de A. sont peu nombreux; de 1923 à 1931, 107 intoxications par les barbituriques ont été traitées à la clinique toxicologique de Florence, avec 28 bronchopneumonies (26 p. 100) dont 22 mortelles (78 pour 100); à partir de 1932, les intoxiqués, avec complications pulmonaires, ont reçu, en dehors du traitement habituel, 3 ou 4 injections de 5 centigr. d'éphédrine par 24 heures (la voie d'administration n'est pas précisée); 5 bronchopneumonies sur 9 (55 pour 100) se sont terminées par la mort. Sans pouvoir conclure définitivement, A. garde de cet essai une impression favorable.

Lucien Rouquès.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Midana. ***Lésions cutanées dans la lympho-granulomatose inguinale de Nicolas-Favre*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **75**, fasc. 5, 5 Octobre 1934). — M. a observé chez un homme de 25 ans, atteint d'une adénite inguinale offrant tous les caractères de la maladie de Nicolas-Favre, des lésions cutanées siégeant à l'abdomen, aux fesses et aux cuisses, dont l'aspect simulait une forme banale de pyodermite à type d'echtyma, et qui furent d'ailleurs longtemps traitées comme telles, sans succès.

Avec le pus de ces lésions cutanées, on put provoquer une réaction de Frei typique chez le malade lui-même et chez d'autres malades atteints de lympho-granulomatose inguinale.

On put d'autre part reproduire le tableau clinique des lésions cutanées chez le malade lui-même, en faisant une inoculation intradermique avec du pus des lésions.

Ainsi était démontrée la nature spécifique de la maladie.

M. insiste sur la rareté de semblables manifestations; ces localisations atypiques de la maladie de Nicolas-Favre démontrent que le virus inconnu de cette poradénite inguinale, dont l'affinité pour le système lymphatique est bien connue, peut aussi, dans des cas rares, présenter une activité dermotrope.

R. Burnier.

Ciani. ***Intoxication aiguë par le bismuth, suivie de mort*** (*Supplemento al Giornale italiano di dermatologia e sifilologia, bollettino dela società italiana di dermatologia*, n° 3, Octobre 1934). — Une femme de 47 ans, syphilitique depuis 1910 et qui n'avait reçu à cette époque que 4 injections de sublimé, reprend un traitement en 1933. Elle reçoit 2 injections d'iodo-bismuthate de quinine, faites par erreur à 48 heures d'intervalle; la malade fut prise de fièvre, de vomissements et de diarrhée.

Puis apparut une stomatite ulcéro-membraneuse, des lésions inflammatoires analogues sur les autres muqueuses, de l'hypothermie, de l'oligurie, un ictère et une pigmentation brun noirâtre du dos des mains.

La mort survint au bout de 36 jours.

A l'autopsie, on constata un petit ulcère en voie de cancérisation de la région juxta-pylorique, une dégénérescence parenchymateuse, une artériosclérose rénale. L'examen histologique et histochimique montra la présence dans divers organes et dans la peau de la main de granulations abondantes de bismuth.

Des altérations identiques furent en partie reproduites expérimentalement chez des lapins injectés par diverses voies avec la préparation employée chez la malade.

C. fait remarquer que la plupart des cas mortels d'intoxication bismuthique sont dus à l'emploi de composés renfermant de l'iode, du bismuth et de la quinine.

R. Burnier.

NOWINY LEKARSKIE (Varsovie)

L. Czyzak. ***Contribution au traitement de volumineuses tumeurs extra-péritonéales chez l'enfant*** (*Nowiny Lekarskie*, t. **46**, fasc. 18, 15 Septembre 1934, p. 569-572). — C. rapporte l'observation d'un enfant de 13 ans qui présentait une volumineuse tumeur kystique incluse entre les deux feuillets du méso-côlon. Sous l'influence d'un effort, la tumeur, qui datait probablement de la première enfance, s'est mise à évoluer très rapidement. Il s'agit d'un lymphangiome kystique multiloculaire du mésentère dont l'extirpation a entraîné l'ablation du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse. Malgré l'importance de l'intervention, les suites opératoires furent simples et la guérison complète.

Fribourg-Blanc.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Schwarzwald. ***Sarcome dans le lupus*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **15**, fasc. 4, Août 1934). — Une femme de 62 ans, qui avait été opérée il y a 11 ans, d'adéno-carcinome utérin, revient consulter pour une tumeur exulcérée de la moitié inférieure du sterno-cléido-mastoïdien droit.

Un examen histologique antérieur avait montré un carcinome plano-cellulaire. Un nouvel examen histologique, pratiqué quelques mois plus tard, donna comme diagnostic: sarcome fuso-cellulaire.

La malade raconta que, 6 ans auparavant, elle avait été soignée pour un lupus de la région, par plusieurs applications de rayons X.

Les cas de sarcome consécutif au lupus sont relativement rares, puisque 25 cas seulement sont relatés dans la littérature: 11 sur la joue et le nez, 3 sur la lèvre supérieure, 1 à la lèvre inférieure, 1 sur la région sous-maxillaire, 1 à l'oreille, 1 à la région claviculaire, 1 au thorax, 1 à l'avant-bras, 1 à la fesse; dans 3 cas, la localisation n'est pas indiquée.

Il est probable que la radiothérapie favorise l'apparition de sarcome.

Sur 26 cas, 15 malades avaient reçu des rayons X; dans 11 cas, les renseignements font défaut.

R. Burnier.

Stein. ***La lupoïde miliaire bénigne de Boeck*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **15**, fasc. 4, Août 1934). — Une femme de 68 ans était atteinte depuis 3 ans de lésions nodulaires et infiltrées, d'un rouge violacé, disséminées sur la face, le tronc, l'abdomen, le dos, les pieds; le tableau clinique était celui des sarcoïdes de Boeck.

Les réactions de Pirquet, Moro furent négatives; la réaction de Mantoux à peine perceptible.

La malade mourut de cachexie et à l'autopsie on trouva des lésions tuberculeuses cicatrisées des sommets pulmonaires et des ganglions bronchiques et médiastinaux.

Dans ce cas, les lésions pulmonaires sont donc primitives et les lésions cutanées secondaires.

Celles-ci offraient le tableau histologique typique des sarcoïdes de Boeck. Aucun bacille de Koch ne put être trouvé sur les coupes.

R. Burnier.

Feldmann et **Goutine.** ***Etiologie des bubons strumeux*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **15**, fasc. 4, Août 1934). — Les bubons strumeux peuvent reconnaître une origine multiple et relever soit de la tuberculose, soit de la chancrelle, soit de la lymphogranulomatose.

Il est des cas où le diagnostic est très difficile avec la maladie de Nicolas-Favre et F. et G. rapportent 2 observations de ce genre; mais la réaction de Frei étant négative, on aiguilla les recherches du côté de la tuberculose.

Dans un cas, l'inoculation au cobaye d'une émulsion de ganglion amena la mort de l'animal, par tuberculose miliaire aiguë, avec bacilles de Koch dans tous les organes.

Dans le deuxième cas, la présence de gommes cutanées et d'une arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne montra également la nature tuberculeuse du bubon.

L'adénite tuberculeuse peut être considérée comme une réactivation endogène d'un ancien processus tuberculeux.

R. Burnier.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Alfred Bergmann. ***Quelques cas d'asthme professionnel avec allergie pour des substances chimiques simples*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 43, 27 Octobre 1934). — On a déjà décrit des asthmes professionnels, notamment pour l'ursol et pour l'ipéca. Les observations de B. concernent l'asthme survenant après inhalation de corps volatils. Dans un cas, il s'agit d'un galvanisateur qui respire les vapeurs rouge brun émanant des bacs dans lesquels on chrome des pièces métalliques. Sous l'influence de ces vapeurs, il est d'abord apparu des accès d'asthme qui s'accentuent pendant l'hiver puis un eczéma attribué par les dermatologistes à l'acide chromique. Une expérience pratiquée à la clinique a montré que ces vapeurs déclanchent en effet une crise d'asthme qui est calmée par l'éphétonine. Une application du bain chromé dilué permet également de faire apparaître une éruption eczémateuse.

Il est également donné deux observations dans lesquelles l'asthme était dû à des vapeurs de SO^2. Dans l'un de ceux-ci, il s'agissait d'un homme de 31 ans qui se montrait nettement sensible pour SO^2 mais pas pour HCl, ni pour NO^3H, ni pour les protéines. Il présentait d'ailleurs une éosinophilie persistante qui témoignait d'une disposition à l'asthme.

Dans ces divers cas, il s'agit nettement d'une hypersensibilité acquise. Mais on ne doit considérer comme un asthme allergique professionnel que ceux dans lesquels il y a idiosyncrasie monovalente.

Dans un autre cas, il s'est agi d'un homme exposé depuis 10 ans à des vapeurs de binitrotoluol et de trinitrotoluol et qui, depuis 8 ans, présente des crises de toux et de dyspnée au cours du travail. On a constaté une augmentation de volume du cœur et des poumons et attribué au malade une indemnité pour incapacité de travail. Cependant, des recherches faites à la clinique montrent que les nitrotoluols ne provoquent pas de réactions ni par application cutanée, ni par aspiration et on arrive à conclure qu'un élément psychique entre en jeu chez ce malade.

Dans un dernier cas, il s'agit d'asthme survenu à la suite d'inspiration de sulfo-phospho-oxy-chlorure. Les accès sont survenus d'abord pendant le travail puis exclusivement à la maison et pendant la nuit. La cutiréaction est positive pour diverses substances alimentaires. L'éosinophilie atteint 6 pour 100 et les accès d'asthme cessent après abandon d'un commerce de légumes. Dans ce cas, il y a eu polyvalence de l'idiosyncrasie quelques semaines après le premier accès.

L'existence de la polyvalence peut amener à indemniser pour incapacité de travail alors qu'en cas d'asthme monovalent, le changement d'occupation peut faire disparaître l'asthme.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
(Paris)

J. Botella Llusia. *Etudes sur l'urée du sang pendant la grossesse et la puerpéralité* (*Gynécologie et Obstétrique*, t. **31**, n° **1**, Janvier 1935, p. 30-38). — B. Ll., en analysant le sang de 20 femmes enceintes normales, a confirmé l'existence de l'hypoazotémie gravidique. Et il a retrouvé cette hypoazotémie dans la prééclampsie et dans l'éclampsie comme l'avaient vu divers auteurs. Après l'accouchement, pour ces trois groupes de cas, il a obtenu des chiffres plus élevés, mais sans dépasser la moyenne des cas non gravidiques.

Il admet la théorie suivant laquelle cette hypoazotémie serait due à une insuffisance hépatique: il en considère comme preuve l'existence d'une légère hyperammoniémie qui traduirait un trouble de l'uréogénèse. Henri Vignes.

JOURNAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE PRATIQUES
(Paris)

M. Chiray et J. Lebon. *L'intoxication d'origine intestinale et ses rapports avec la colibacillose* (*Journal d'Obstétrique et de Gynécologie pratiques*, 5e année, n° 9, Novembre 1934, p. 15-69). — Dans cet article qui reproduit une communication faite au Congrès de Châtel-Guyon, C. et L. passent en revue les substances toxiques d'origine colitique résultant des putréfactions et des fermentations intestinales. Pour eux, c'est la résorption de ces substances qui explique bien des états attribués à des décharges septicémiques colibacillaires. Le terme générique de colibacillose, qui tend de plus en plus à englober toutes sortes de manifestations colitiques, paraît donc aux auteurs un terme impropre qui ne répond pas à la réalité des faits d'observation courante où le colibacille ne joue qu'un rôle secondaire et épisodique.

Se fondant sur ces notions générales, C. et L. proposent un démembrement des colibacilluries: 1° dans les unes, l'excrétion des toxines intestinales irrite le rein et les voies urinaires et favorise la pullulation de coli saprophytes; 2° dans d'autres cas, on peut admettre un essaimage d'origine intestinale où l'élimination simultanée de toxines favorise la localisation réno-urétérale; 3° il est des colibacilluries sur lesquelles le traitement intestinal n'a aucun effet; ce sont des colibacilluries qui semblent être des infections des voies urinaires, pyélites ou pyélo-néphrites d'origine diverse, dilatation du bassinet, coudure des uretères, cystites chroniques, etc., où dominent un colibacille semblable à la bactérie pyogène d'Albarran, colibacilluries qui ne semblent avoir aucun point commun avec l'intestin; 4° enfin, rarement, il existe de vraies colibacillémies, consécutives à une maladie grave qui a annihilé les moyens de défense du côlon et du foie. Henri Vignes.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

A. Baudouin, P. Halbron et M. Deparis. *L'hémianopsie binasale* (*Revue neurologique*, 41e année, t. II, n° 5, 10 Novembre 1934, p. 431-555). — L'hémianopsie binasale est certainement un fait rare. B., H. et D. en rapportent un cas observé au cours d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. A propos de cette observation, B., H. et D. passent en revue les causes les plus fréquentes de l'hémianopsie binasale et insistent sur sa pathogénie.

L'hémianopsie binasale a été signalée dans les tumeurs cérébrales, dans les arachnoïdites opto-chiasmatiques, dans les syndromes d'hypertension intra-cranienne, à la suite des traumatismes craniens, dans la syphilis, au cours d'intoxications diverses, dans l'artériosclérose, dans l'hystérie, les maladies familiales.

L'hémianopsie binasale s'accompagne fréquemment de lésions du fond de l'œil, stase papillaire, atrophie optique primitive ou post-stase. L'acuité visuelle est le plus souvent touchée, car la région maculaire rentre dans le champ hémianopsique.

La pathogénie de l'hémianopsie binasale est assez obscure. Elle ne semble pas relever d'un mécanisme univoque.

Dans les tumeurs cérébrales on a invoqué la dilatation du 3e ventricule entourant le chiasma de tous côtés et comprimant sa partie externe, ou encore par des compressions vasculaires situées en avant du chiasma.

Dans les arachnoïdites opto-chiasmatiques, il est plus aisé d'imaginer l'existence de brides comprimant les parties externes du chiasma ou des nerfs optiques.

Chez les syphilitiques, l'hémianopsie binasale ne peut guère s'expliquer que par l'atrophie optique, à condition d'admettre que dans ces cas les fibres du champ temporal présentent une fragilité spéciale.

Cette même fragilité doit être invoquée pour expliquer les hémianopsies binasales d'origine vasculaire chez les artérioscléreux.

H. Schaeffer.

Cestan, Riser et Planques. *De la neuro-myélite optique* (*Revue neurologique*, 41e année, t. II, n° 6, Décembre 1934, p. 741-763). — Il n'est pas exceptionnel d'observer dans les centres nerveux des lésions intéressant à la fois la moelle et les nerfs optiques. La syphilis, la sclérose en plaques, l'encéphalite épidémique, l'encéphalomyélite disséminée, la maladie de Schilder peuvent les réaliser. La question qui se pose est de savoir s'il existe une maladie autonome, d'une autre nature que celles énumérées ci-dessus, susceptible de créer la neuro-myélite optique de Devic. Pour défendre cette opinion, certains auteurs, les unicistes, se basent sur certains critères anatomiques, et, en particulier, le caractère nécrotique des lésions (Michaux).

C., R. et P. considèrent cet argument comme trop inconstant pour être valable et apportent à l'appui de leur opinion une observation personnelle.

Un homme de 50 ans, hypertendu, petit azotémique, présente un syndrome morbide constitué par les étapes suivantes qui se déroulent en l'espace de quelques mois: 1° tout d'abord, une aphasie de Wernicke marquée, précédée de céphalées, qui s'améliore en quelques semaines; 2° une quadriplégie progressive, à évolution ascendante, avec troubles sphinctériens et douleurs vives au début, s'accompagnant de gros troubles de la sensibilité. Amélioration rapide au bout d'un mois, permettant au malade de marcher; 3° une rétinite œdémateuse bilatérale suivie elle-même de régression, apparue 3 mois et demi après le début de la maladie; 4° des accidents cardio-rénaux graves suivis d'hémorragie méningée qui provoquent l'exitus.

L'examen anatomique montra l'existence de deux foyers de ramollissement par artérite, dans l'hémisphère cérébelleux gauche et le lobe temporal gauche; et des lésions toutes différentes disséminées dans la moelle, l'isthme de l'encéphale, la substance blanche sous-corticale, les unes entièrement comparables à celles de la sclérose en plaques, d'autres constituées par de petits foyers de démyélinisation sans lésions cylindraxiles ni réactions gliales, des lésions cellulaires corticales enfin, très diffuses et non systématiques, de raréfaction des cellules corticales. Cette observation montre le polymorphisme et la variété des lésions chez le même sujet. Aussi, C., R. et P. pensent que l'individualité de la neuromyélite optique ne saurait pas plus être basée sur les caractères anatomiques que sur les caractères cliniques de l'affection, et que l'existence d'un critère biologique est indispensable pour pouvoir affirmer l'individualité du syndrome de Devic.

H. Schaeffer.

LE NOURRISSON
(Paris)

A.-B. Marfan. *Les formes cliniques du rachitisme* (*Le Nourrisson*, 23e année, n° 1, Janvier 1935, p. 1 à 9). — M. distingue d'abord trois formes principales de rachitisme :

I. — *Le rachitisme du nouveau-né*, très précoce, débute avant trois mois; il peut même être congénital. Il se manifeste d'abord par du *cranio-tabes* qui selon M. est toujours de nature rachitique. Ensuite apparaissent des déformations osseuses sur le crâne (tête carrée, *front olympien*, *crâne natiforme*), avec retard notable de la fermeture de la grande fontanelle et développement excessif du réseau veineux du cuir chevelu et du front ; le *chapelet costal* et des déformations thoraciques; puis des gonflements des épiphyses du poignet, plus tard des épiphyses des genoux et des malléoles avec adjonction possible d'incurvations diaphysaires.

De grosses déformations des membres peuvent en résulter, mais en général cette forme précoce s'arrête vers deux ou trois ans. Une *anémie* du type toxi-infectieux commun l'accompagne généralement ainsi qu'une *hypertrophie de la rate*.

II. — *Le rachitisme du nourrisson* débute après le quatrième mois, ordinairement entre le sixième et le douzième. Il épargne le crâne, bien qu'il retarde la fermeture de la grande fontanelle. Il débute en général par le *chapelet costal*, avec déformations thoraciques peu accentuées; puis il atteint les os longs des membres.

Ce rachitisme, qui ne s'accompagne que d'une anémie modérée, prolonge rarement son évolution au delà de la seconde année.

III. — *Le rachitisme des grands enfants et des adolescents* ou *rachitisme tardif* débute en général après quatre ou cinq ans; il n'apparaît jamais après dix-huit ans. Il comprend trois états différents :

1° *Rachitismes prolongés:* Ce sont des cas où le processus rachitique a continué à évoluer après quatre ans, et s'est prolongé durant des années. Le thorax reste déformé, les diaphyses continuent à s'incurver, la fontanelle reste ouverte, les déformations du crâne s'accusent et une cypho-scoliose peut apparaître.

Ces formes finissent par guérir, mais en laissant le plus souvent des déformations définitives.

2° *Rachitismes récidivants:* Une enquête montre que ce rachitisme, en apparence tardif, a débuté dans la première enfance. Les récidives peuvent donner lieu à des *difformités osseuses dites essentielles de la croissance : scoliose des jeunes filles, genu valgum, genu varum, pied plat valgus,* certaines variétés de *coxa vara, gonflement avec subluxation de l'extrémité interne de la clavicule.*

Parfois ce rachitisme récidivant revêt une des deux formes du vrai rachitisme tardif.

3° *Rachitisme tardif vrai:* Ce rachitisme ne commence réellement qu'après 4 ou 5 ans, particulièrement entre 8 et 13 ans. Il se présente sous deux formes :

A. — Rarement, il reproduit à peu de chose près le rachitisme de la première enfance. Ce rachitisme peut guérir, laissant après lui quelques déformations et parfois du nanisme.

B. — Plus souvent il prédomine sur les membres inférieurs, atteignant généralement les côtes et produisant des déformations thoraciques. Il peut atteindre les membres supérieurs, mais respecte toujours le crâne.

A ce groupe appartient le *rachitisme rénal*, rachitisme provoqué par une affection chronique des reins, ayant débuté dans les premières années de la vie, ordinairement de 4 à 7 ans. Cette forme qui entraîne du *nanisme* produit un *genu valgum*, un *genu recurvatum*, parfois un chapelet costal et des déformations des membres supérieurs.

A ce groupe également appartient : *la dystrophie ostéo-musculaire avec nanisme* d'Hutinel, Auscher et Harner, les déformations rachitiques de la maladie cœliaque, lesquelles peuvent se transformer en *ostéomalacie.*

Ce rachitisme des grands enfants et des adolescents est surtout et parfois exclusivement *fémorotibial.*

G. Schreiber.

LE SANG
(Paris)

J. Bastecky et **St. Varadi.** ***Les pseudo-tumeurs de l'estomac dans l'anémie pernicieuse.*** (*Le Sang*, t. **9**, n° **1**, 1935, p. 41-56). — L'anémie du cancer de l'estomac est une anémie secondaire et hypochrome. Quand il s'accompagne d'une formule d'anémie pernicieuse, il s'agit en général d'une coïncidence des deux affections, fait assez rare, soit que l'on retrouve le néoplasme à l'autopsie d'un biermerien, soit que les deux maladies aient été cliniquement apparentes; il est difficile dans ce dernier cas de reconnaître quelle est la première en date. On peut, par contre, voir, au cours d'une anémie pernicieuse, une pseudo-tumeur de l'estomac, révélée par la radiographie. Ce fait exceptionnel s'est rencontré dans une observation des auteurs, qui en donnent une description très complète, avec une série d'images, permettant de se rendre compte de l'évolution de cette pseudo-tumeur.

Il existait une véritable lacune dentelée, arrêtant les mouvements péristaltiques, mais à contours assez nets. Après traitement de l'anémie, cet aspect a disparu pour faire place à une image normale. C'était donc bien une pseudo-tumeur. Les auteurs ne pensent pas qu'elle puisse être provoquée par une hypertrophie de la muqueuse, qui ne rétrocéderait pas aussi vite. Ils rejettent aussi l'hypothèse d'une hypertrophie musculaire de l'antre, à cause de l'aspect de lacune, avec absence des reliefs, qui seraient conservés, dans ce cas. Ils penchent plutôt en faveur de l'existence d'un spasme, mais d'un spasme de type spécial, localisé sur la musculaire de la muqueuse, sans participation de la musculature gastrique proprement dite. Peut-être en faut-il chercher l'origine dans des altérations localisées à la muqueuse de l'antre. Ces altérations dégénératives pourraient provoquer une irritation sympathique, elle-même provocatrice d'une contraction de la musculaire muqueuse seule.

En tout cas, en présence d'une image lacunaire chez un anémique pernicieux, il faut avant de conclure à la coexistence d'un néoplasme attendre les résultats de la thérapeutique antianémique et le contrôle par des radiographies ultérieures.

A. Escalier.

W. Markert. ***De l'éosinophilie dans la maladie d'Addison-Biermer*** (*Le Sang*, t. **9**, n° **1**, 1935, p. 57-63). — L'absence d'éosinophiles est de règle dans la formule sanguine de l'anémie pernicieuse. Quand ils existent, il s'agit en général d'anémie d'origine parasitaire, d'autant plus importante à connaître que le traitement antianémique à lui seul ne peut assurer la guérison; il faut y adjoindre une thérapeutique antivermineuse.

Mais on peut trouver de l'éosinophilie au cours d'anémies pernicieuses non parasitaires. Le traitement par le foie, les extraits hépatiques ou gastriques, la transfusion sanguine provoque une éosinophilie, qui peut être considérable, probablement par excitation de la moelle osseuse. Cette éosinophilie s'est toujours montrée en rapport avec une amélioration, ou tout au moins une rémission de l'affection. Son absence accompagne une aggravation. C'est donc un symptôme favorable, mais non indispensable, car il peut manquer au cours de certaines rémissions incontestables. Ce phénomène peut être atténué par les extraits de rate, comme le prouve une observation de l'auteur, et selon l'hypothèse d'une action inhibitrice de la rate sur la moelle osseuse.

A. Escalier.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

E. Thomas. ***Vaccination. Réactions tardives et encéphalites tardives*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **60**, n° **44**, 2 Novembre 1934). — T. a eu l'occasion d'observer quelques accidents tardifs, consécutifs à la vaccination antivariolique et qui ont évolué sous une forme atypique.

Premier cas, concernant un enfant de 13 mois, qui présenta une réaction précoce locale et générale assez intense; puis, après une rémission de 43 jours, survint une réactivation locale avec des phénomènes encéphalitiques ainsi qu'un abcès ganglionnaire important. Guérison sans séquelles.

Deuxième cas, concernant un enfant de trois ans, qui présenta, également, une forte réaction locale précoce. Quatorze jours après l'inoculation survint une réactivation de la lésion locale et une méningo-encéphalite. Guérison après deux injections de sang maternel.

Troisième, cas, concernant une revaccination chez un enfant de 12 ans. Réaction précoce intense, puis, après 11 jours, reprise des phénomènes généraux et locaux et encéphalite grave, mortelle en 36 heures.

T. insiste sur la longue incubation des phénomènes encéphalitiques dans une de ses observations et sur la curieuse reprise des lésions locales éruptives.

G. Dreyfus-Sée.

F. Likint. ***Le diabète insipide est-il une affection d'origine génito-hypophysaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **60**, n° **44**, 2 Novembre 1934). — L. se base, pour affirmer l'origine génito-hypophysaire du diabète insipide, sur un cas, personnellement observé, qui réagissait de façon remarquable à l'absorption de préparations testiculaires. Il admet que dans les cas de diabète insipide dit spontané, la lésion des glandes génitales agit comme facteur déclanchant; de même que lors du diabète insipide, dit symptomatique, c'est une affection exogène: infection ou traumatisme, qui joue le rôle de facteur déclanchant.

Il semble que les glandes génitales mâles aient une réceptivité supérieure aux femelles, car le diabète insipide dans ses formes spontanées est notablement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Sur 12 cas observés par L... il ne s'agit que d'hommes.

L'auteur croit donc pouvoir affirmer que, dans un grand nombre de cas, le facteur génital a une importance pathogénique.

G. Dreyfus-Sée.

H. Lehmann-Facius et **F. Witting.** ***Sérodiagnostic du cancer par la ninhydrine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **60**, n° **45**, 9 Novembre 1934). — Cette réaction sérologique repose sur la combinaison de l'albumine sérique des cancéreux avec un anticorps contenu dans le sérum normal (sérum de cobaye). Il se forme des produits de désintégration solubles dans l'alcool et qu'il est aisé de mettre en évidence à l'aide de la réaction ninhydrique.

Les sérums normaux employés dans la réaction sont thermolabiles alors que le chauffage des sérums tumoraux à 63° produit un renforcement de la réaction.

Inversement, un sérum carcinomateux actif ne peut pas agir sur un sérum normal chauffé.

G. Dreyfus-Sée.

A. Szarvas. ***Crises d'asthme et dysidrose d'origine arséno-benzolique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **60**, n° **46**, 16 Novembre 1934). — La question du rôle de l'hypersensibilisation dans les accidents dus au salvarsan a été discutée ces dernières années. Il semble cependant que la nécessité de certaines prédispositions individuelles préexistantes favorisant le développement des troubles *angio-neurotiques* soit reconnue par tous.

S. rapporte son observation personnelle qui lui paraît démontrer le rôle de l'hypersensibilisation.

A la suite de folliculite au niveau des doigts, il avait pris l'habitude de badigeonner ses propres lésions avec du salvarsan avant de pratiquer des injections à des malades syphilitiques. Après quelques semaines des crises d'asthme apparurent en même temps qu'une dysidrose typique. Après un congé de quelques jours, l'ouverture d'un flacon de salvarsan déclancha instantanément une crise d'asthme.

Les relations de la dysidrose avec le médicament furent établies par une expérience ultérieure.

Il s'agit donc bien d'une sensibilisation vraie au salvarsan, puisque le médicament n'avait jamais été introduit dans les vaisseaux, mais uniquement appliqué sur la peau.

Le rôle de l'hypersensibilisation du terrain est à souligner ainsi que l'influence des lésions locales cutanées au sujet desquelles l'existence d'une dermatite professionnelle pourrait d'ailleurs être discutée.

G. Dreyfus-Sée.

K. d'Amblé. ***L'apparition d'acanthosis nigricans au cours du carcinome de l'estomac*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **60**, n° **46**, 16 Novembre 1934). — D'A. relate brièvement une observation d'acanthosis nigricans débutant chez un malade atteint de carcinome gastrique certain. La localisation du pigment était typique et l'image histologique affirma le diagnostic de la lésion cutanée. L'évolution n'a pu être observée, le malade étant rapidement décédé des suites de sa lésion cancéreuse.

G. Dreyfus-Sée.

V. Istvan von Gonczy. ***Nouvelles recherches sur la dysbasie intermittente par angio-sclérose*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **60**, n° 46, 16 Novembre 1934). — Chez 97 malades dysbasiques, des recherches oscillométriques ont été entreprises systématiquement, aussi bien pour établir le diagnostic que pour contrôler les résultats thérapeutiques.

Dans 85 cas il s'agissait de lésions scléreuses; dans 7 cas de phénomènes spasmodiques et enfin 5 malades présentaient une endartérite oblitérante. En étudiant plus spécialement les formes spasmodiques, l'auteur a constaté que la dysbasie, autonome chez trois de ces malades, paraissait liée dans les quatre autres cas à des phénomènes de névrite ou de névralgie. Ces derniers cas permettent de soupçonner les relations entre les lésions vasculaires et nerveuses et d'en tirer des conséquences thérapeutiques.

Du point de vue thérapeutique, l'importance de l'utilisation des solutions hypertoniques, salées ou sucrées, et de « Kallikrein », est à souligner. En particulier chez un malade atteint d'endartérite oblitérante une rémission notable fut obtenue après un traitement de six années.

G. Dreyfus-Sée.

A. Leszler. ***Influence de la constitution sur les variations de la tolérance hydrocarbonée des diabétiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **60**, n° 48, 7 Décembre 1934). — La surveillance de 151 diabétiques, dont la tolérance était régulièrement contrôlée, permet à l'auteur de confirmer l'opinion de Schmidt qui considère que le pronostic des diabétiques sthéniques hypertendus est meilleur que celui des asthéniques hypotendus.

L. sépare ses malades en deux groupes : Le groupe sthénique, comportant les sujets pesant plus de 65 kilogr. et dont la tension artérielle est de plus de 150 mm., et le groupe des asthéniques (habituellement plus jeunes) dont le poids est inférieur à 65 kilogr. et la tension de moins de 150 mm.

Observant l'ensemble de ces cas, légers ou graves, il a constaté une baisse de la tolérance chez 7 de ses 38 malades sthéniques et chez 19 de ses 30 asthéniques. Ainsi les cas d'aggravation chez les asthéniques étaient de 45 pour 100 plus nombreux malgré régime et traitement insulinique.

La bénignité du diabète sthénique paraît plus grande encore lorsque l'on considère la tolérance des malades restés sans régime et parfois sans traitement. En effet, dans ces conditions, L. a observé 5 aggravations sur 6 asthéniques et seulement 7 aggravations sur 22 sthéniques. On peut conclure que l'évolution du diabète n'est pas seulement subordonnée aux circonstances extérieures mais que le rôle des facteurs constitutionnels est capital.

Il importe de souligner, en effet, que le diabète plus bénin de malades âgés sthéniques peut s'améliorer sans régime ou rester stationnaire, alors que des sujets plus jeunes, à tension artérielle abaissée, voient fréquemment leur état s'aggraver malgré un régime sévère.

Ces considérations doivent être retenues lors de l'établissement de la diététique et de la thérapeutique des malades.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

F. Likint. ***Généralités sur la question de l'emploi du tabac et de sa restriction*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 40, 15 Novembre 1934). — La gravité des troubles dus à l'excès de tabac doit entraîner l'établissement de règles concernant les restrictions à recommander aux fumeurs. Or les avis médicaux sont loin d'être concordants sur ce point. L... propose d'établir une classification basée sur la quantité et la qualité du tabac habituellement employé, en calculant la ration de nicotine correspondante pour chaque sujet. Il recommande un certain nombre de mesures prophylactiques :

1° Interdiction totale du tabac avant 18 ans.

2° Recommandation instante aux femmes de ne pas fumer.

3° Surveillance du tabac, de façon à obtenir le minimum de nicotinisation; en particulier propagande en faveur du tabac dénicotinisé.

4° Protection des non-fumeurs; par exemple par l'extension des interdictions de fumer en milieu fermé : salles, chemins de fer, etc...

5° Installation de consultations spéciales dans les villes pour les malades atteints d'affections consécutives à l'usage du tabac. Ces consultations seraient installées dans les mêmes locaux que celles pour les alcooliques ou les malades de la nutrition.

6° Propagande par la presse et par conférences pour l'instruction du public sur les dangers du tabagisme.

G. Dreyfus-Sée.

J. Berendes. ***Difficulté du diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose des voies respiratoires supérieures*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 40, 15 Novembre 1934). — La différenciation des lésions tertiaires syphilitiques et de la tuberculose laryngo-trachéale est d'autant plus difficile que l'image histologique elle-même peut prêter à discussion.

Quelques observations de lupus tuberculeux cutanés ou muqueux avec B. W. positif, malgré l'absence de syphilis, ont été publiées. En outre, la fréquence des deux affections multiplie les cas de coïncidence.

Dans 4 cas observés par B., l'examen histologique avait montré des tubercules typiques, avec cellules épithélioïdes et même cellules géantes sans bacilles de Koch. Cependant, l'examen de sang ayant décelé un B. W. positif, un traitement antisyphilitique fut ordonné; les résultats de cette thérapeutique permettent d'affirmer rétrospectivement qu'il s'agissait de lésions syphilitiques malgré les caractères des lésions histologiques.

Ces notions sont à retenir lorsque l'on observe des lésions laryngées même coïncidant avec une affection tuberculeuse pulmonaire.

G. Dreyfus-Sée.

ARCHIV für SCHIFFS- und TROPEN-HYGIENE (Leipzig)

M. Salah et **A. Hassan.** ***Action de l'antimoine sur le foie, spécialement dans le traitement de la bilharziose*** (*Archiv für Schiffs-und Tropen-Hygiene*, t. **39**, n° 1, Janvier 1935, p. 1-14). — S. et H. ont observé le résultat de la cure antimoniée (émétique et fouadine) sur trois groupes de sujets atteints de bilharziose: avec foie normal, avec foie cirrhotique, avec ictère.

Le foie normal n'est pas altéré par la médication. La cirrhose n'est pas aggravée, elle tend au contraire à s'améliorer par suite de l'action antiparasitaire de l'antimoine. Le glycogène conserve son taux normal. Une cellule hépatique, déjà endommagée, n'est pas lésée davantage; 80 pour 100 des ictères ont même été guéris ou au moins améliorés. Enfin, on n'observe aucune altération hépatique, même tardive (sujets suivis pendant plus d'un an), à la suite de la cure antimoniée. Les cas d'ictère catarrhal, qui ont pu être signalés au cours du traitement, sont de simples coïncidences.

Ch. Joyeux.

K. Denecke et **B. Malamos.** ***Image sanguine macrocytaire dans le paludisme*** (*Archiv für Schiffs-und Tropen-Hygiene*, t. **39**, n° 2, Février 1935, p. 51-63). — D. et M. étudient les modifications des hématies dans le paludisme humain (*P. vivax* et *P. praecox*) et dans le paludisme du singe *M. rhesus* (*P. knowlesi*). Ils constatent une augmentation du volume des érythrocytes (diamètre moyen pour l'homme: 8,03 à 8,81 μ). Anémie légère, généralement taux de l'hémoglobine et valeur globulaire normaux. Type hypochromique. Les altérations hépatiques pourraient causer la macrocytose. La formule sanguine est plutôt de type macrocytaire (forme juvénile, quoique non nucléée, à protoplasme polychromatophile, souvent granulations basophiles, corps de Jolly, résidus de chromatine nucléaire) que mégalocytaire (hématies plus évoluées, ovales, très hyperchromes). Les macrocytes pourraient être considérés, non seulement comme des formes dérivant directement de la moelle osseuse, mais aussi comme des érythrocytes altérés par des toxines.

Ch. Joyeux.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Höcker. ***Au sujet de la pseudo-syphilis papuleuse*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 45, 10 Novembre 1934, p. 1469-1475). — L'affection décrite par Lipschütz sous le nom de *Pseudolues papulosa* est relativement rare, puisque 12 cas seulement en ont été publiés dans la littérature, tous chez des femmes âgées de moins de 50 ans.

La lésion est caractérisée par une papule dure, nettement limitée, arrondie ou ovalaire, unique ou multiple, siégeant aux organes génitaux, surtout au bord des grandes lèvres, plus rarement à l'anus. La grosseur varie entre une tête d'épingle et une lentille et davantage; l'épithélium est intact; la coloration est grisâtre ou brunâtre. Rarement, il existe des érosions ou des pustules, à côté des papules.

Les signes subjectifs sont ordinairement nuls, parfois un peu de prurit. L'évolution est favorable, la guérison survient spontanément, surtout quand les malades se trouvent dans de meilleures conditions hygiéniques (hôpital).

Histologiquement, les lésions sont surtout épidermiques (couche cornée normale ou épaissie, acanthose, œdème), infiltrat diffus de cellules rondes dans le corps papillaire; vaisseaux dilatés.

H. rapporte 2 cas personnels de cette affection, l'un observé pour la première fois chez un homme de 65 ans et l'autre chez une femme de 21 ans.

L'étiologie est obscure. Les diverses causes invoquées (irritation par le contact de l'urine, des sécrétions, prédisposition individuelle) ne satisfont pas l'esprit. Peut-être s'agit-il d'une lésion infectieuse, analogue aux verrues.

R. Burnier.

Marquardt. ***Teneur en cholestérine dans les dermatoses*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 45, 10 Novembre 1934, p. 1475-1480). — M. estime que l'épreuve de la galactose, d'après Bauer, ne permet pas de déceler les troubles du métabolisme hépatique.

Dans ses recherches sur la teneur en cholestérine, il a employé la méthode de Bürger et Hals: le malade prend le matin à jeun 2,5 à 5 gr. de cholestérine dans 50 gr. d'huile d'olive. On examine le sérum au photomètre avant l'épreuve et 4, 8 et 24 heures après. On considère comme normaux les chiffres compris entre 100 milligr. et 200 milligr. pour 100.

La courbe est normale, quand la teneur en cholestérine augmente au bout de 4 heures et revient au bout de 24 heures à la normale ou même au-dessous de la normale.

Cette courbe normale fut observée dans 10 der-

matoses : eczéma scrotal, urticaire chronique, pyodermite, ulcère de jambe, dermatite herpétiforme, 3 psoriasis.

Dans une deuxième courbe, le chiffre obtenu à jeun était de 200 milligr. pour 100 et au-dessus et, dans la moitié des cas, la plus haute teneur en cholestérine ne fut notée qu'au bout de 8 heures. Ces 10 dermatoses étaient surtout des eczémas, un ulcère de jambe et un urticaire chronique.

Enfin, dans 26 cas (12 eczémas, 12 psoriasis, 2 urticaires chroniques), le chiffre de départ est habituellement élevé, la courbe ne s'élève pas et le chiffre obtenu au bout de 24 heures est ordinairement inférieur au chiffre de départ.

M. n'a obtenu aucun résultat en cherchant à modifier la teneur du sérum en cholestérine par l'administration d'extrait hépatique ou de vitamine A.

R. Burnier.

Heidenreich. ***L'intracutiréaction dans la blennorragie et sa valeur diagnostique*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 47, 24 Novembre 1934, p. 1525-1532). — H. a utilisé dans ses recherches la *gonargine*, vaccin gonococcique polyvalent et le *compligon*, toxine sans bactéries. Il conclut que l'intradermoréaction avec la gonargine possède une haute valeur spécifique. Avec le compligon, on ne peut pas toujours affirmer qu'il s'agit d'une réaction spécifique.

La réaction est toujours positive chez les malades ayant une blennorragie aiguë récente, avec gonocoques; elle est toujours négative chez les sujets sains et chez ceux qui n'ont pas de blennorragie. Dans la gonorrhée chronique, la réaction est positive, tant qu'il existe des récidives de la muqueuse.

H. observa une réaction très positive chez un malade qui avait des métastases hématogènes gonococciques.

Par contre, la réaction est le plus souvent négative dans la gonorrhée chronique.

Plus les manifestations sont florides, plus la réaction est forte. Aucune différence n'a été constatée au point de vue de l'intensité de la réaction chez l'homme et chez la femme.

R. Burnier.

Scherber. ***2 cas d'ulcères génitaux ressemblant cliniquement à l'ulcère aigu de la vulve et de bactériologie différente*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 48, 1er Décembre 1934, p. 1553-1558). — On connaît les ulcérations vulvaires observées surtout chez les vierges et décrites par Scherber sous le nom d'*ulcera pseudotuberculosa* et par Lipschütz sous le nom d'*ulcus vulvae acutum*. Le microbe causal paraît être le *bacillus crassus*, analogue au *bacille vaginal* de Döderlein.

S. rapporte 2 observations d'ulcère vulvaire, ressemblant cliniquement à l'ulcère aigu, l'un chez une femme de 69 ans ayant eu 7 grossesses et l'autre chez une femme de 32 ans, avec une grossesse.

Dans le premier cas, dans la sécrétion des ulcérations vulvaires, on trouva le bacille de Döderlein plus abondant encore dans la sécrétion vulvo-vaginale.

Dans le deuxième cas, ce bacille ne put être retrouvé; on constata au niveau des ulcérations quelques rares cocci à gram positif (staphylocoques blancs à la culture), et, dans la sécrétion vaginale, on trouva une flore mixte composée de cocci divers, de bacilles pseudo-diphtériques et bacilles à gram négatif.

R. Burnier.

Follmann. ***Balanite syphilitique*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 48, 1er Décembre 1934, p. 1558-1562). — L'observation de F. tendrait à montrer que parfois la syphilis peut débuter, non par un chancre, mais par une balanite.

Un malade, qui avait eu des rapports suspects environ 30 jours avant, vient consulter pour une balanite : la peau du gland et du prépuce est parsemée de petites érosions, grosses comme une tête d'épingle à un grain de mil. Pas d'induration de la peau du prépuce, ni de la paroi urétrale. Gros ganglion non douloureux inguinal gauche. Pas de manifestations secondaires. L'examen à l'ultramicroscope de la sécrétion des érosions montra la présence de nombreux tréponèmes.

On connaît de nombreux cas de *syphilis d'emblée*, sans chancre; quelques auteurs ont également signalé la présence d'une balanite, mais ils ne la regardent pas comme spécifique.

F. estime que, dans certains cas, la porte d'entrée de l'infection syphilitique peut se présenter sous forme d'une balanite érosive.

R. Burnier.

Ota et **Sato.** ***Formation calcaire dans le nerf auriculaire gauche avec zone anesthésique dans la fosse rétromandibulaire*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 49, 8 Décembre 1934, p. 1590-1594). — Alors que les psammomes des nerfs sont assez fréquents, la calcification des nerfs est très rare.

O. et S. rapportent l'observation d'un paysan de 25 ans, qui avait depuis 3 ans une zone anesthésique rétromandibulaire gauche; en outre, le nerf auriculaire de ce côté était tuméfié sur une étendue de 3 cm. 5.

La tumeur nerveuse fut enlevée chirurgicalement; le nerf examiné histologiquement montra un fort épaississement de l'épinèvre, comprimant les faisceaux nerveux, qui étaient complètement détruits en certains points. L'épinèvre épaissi renfermait une masse calcaire, grosse comme un demi-grain de riz, entourée d'un tissu de granulations, avec fibroblastes, cellules lymphoïdes, plasmocytes, quelques cellules épithélioïdes et cellules géantes.

La pierre était constituée de carbonate et de silicate de chaux.

Il est impossible de dire si cette lésion doit être attribuée à la tuberculose ou à la lèpre.

R. Burnier.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig et Dresde)

M. Bychowsky, I. Fraenkel, M. Eisenberg. ***De l'emploi des rayons de Röntgen dans la lutte contre les porteurs de germes de la diphtérie*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **50**, fasc. 6, Décembre 1934, p. 586-588). — Les recherches de nombreux auteurs ont montré que les rayons X étaient susceptibles de constituer une arme utile dans la lutte entreprise contre les porteurs de germes diphtériques. B., F. et E. ont appliqué cette méthode de traitement dans 96 cas (18 convalescents, 78 porteurs de germes sains cliniquement, de 1 an à plus de 20 ans) concernant des localisations diverses (nez, gorge, oreilles, vulve).

Parmi les cas observés, un nombre important (53) concerne des sujets traités pour tuberculose osseuse et fera l'objet d'une catégorie à part.

Les résultats observés furent les suivants :

1° *Sujets non tuberculeux:* 42; absence de bacilles après une irradiation : 26 (70 pour 100); après deux : 9 (24 pour 100) ; après 3 : 2 (6 p. 100); disparus : 5.

2° *Sujets atteints de tuberculose osseuse:* 57; absence de bacilles après une irradiation : 23 (51 pour 100); après 2 : 19 (42 pour 100); après 3 : 3 (7 pour 100); disparus : 2.

Technique: Décubitus dorsal, tête en légère extension, irradiation bilatérale centrée en arrière de l'angle du maxillaire, et, le cas échéant, des deux côtés du nez, filtration : 0,5 Zn+1 mm. Al; dose 25 à 30 pour 100 D.E.C. pour les adultes (pour les enfants 4 mm. Al, 10 à 15 pour 100 D.E.C.).

L'examen bactériologique était pratiqué de 6 à 7 jours après l'irradiation et après 3 examens négatifs le traitement était considéré comme terminé.

De cette méthode, qui réduit à un temps minimum la durée des germes, il faut retenir surtout que l'existence d'une tuberculose diminue le pourcentage des succès en raison sans doute d'une diminution de la défense générale de l'organisme.

Morel Kahn.

JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
(Bruxelles)

R. Crousse et A. Dupont (Bruxelles). ***Contribution à l'étude du syndrome de Krükenberg. Épithéliomas digestifs métastasés à l'ovaire*** (*Journal belge de gastro-entérologie*, t. **2**, n° 9, Novembre 1934, p. 601-634). — Mémoire fondé sur 9 cas inédits, étudiés très minutieusement et accompagnés d'une belle iconographie et sur 15 autres cas trouvés dans la littérature, soit 24 cas en tout.

Il s'agit d'une affection grave en soi et rendue plus grave parce que le diagnostic de coïncidence des deux lésions est rarement posé ou est posé trop tard.

Il faut distinguer une forme digestive et une forme génitale (8 cas du premier type et 16 du second) suivant la prédominance des phénomènes. C. et D. en donnent une bonne description. Il s'agit en général de sujets jeunes.

Excellente description anatomique, d'après la description princeps de Krükenberg et d'après les constatations de C. et D.

La guérison est exceptionnelle.

Tout chirurgien, qui opère une tumeur digestive chez une femme, doit rechercher la greffe possible sur les ovaires avant d'intervenir ou au cours de l'intervention. Il doit suivre longtemps son opérée au point de vue gynécologique. Dans tout cas de cancer double des ovaires, il faut pratiquer un examen minutieux du tube digestif.

Henri Vignes.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

N. Anderson et **S. Ayres.** ***Les dermatoses par sensibilisation à la lumière*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 17, 27 Octobre 1934, p. 1279-1285). — Les travaux biologiques récents ont apporté des faits nouveaux et intéressants sur l'étiologie des dermatoses par sensibilisation à la lumière : en particulier, il semble que la cystéine joue un rôle important dans les variations de la sensibilité des téguments à la lumière; et probablement aussi d'autres acides aminés, notamment la diphénylalanine. Par contre il ne semble pas que l'hématoporphyrine, dont le pouvoir sensibilisateur est incontestable, joue un grand rôle dans la pathogénie des « maladies de lumière » : lorsqu'il existe une hématoporphyrinurie, comme par exemple dans certains cas d'hydroa, il s'agit vraisemblablement d'un phénomène secondaire.

L'auteur passe ensuite en revue les diverses affections dont la cause est vraisemblablement une allergie à la lumière. Il fait entrer dans ce cadre le lupus érythémateux, sans que les arguments en faveur de cette étiologie soient bien convaincants. Il envisage enfin la question des dermatoses pigmentaires et particulièrement du vitiligo : il semble que le pigment cutané soit dans certains cas pathologiques un dérivé de la cystéine, le 3-4 dihydroxyphénylcystéine; il y aurait donc corrélation chi-

mique intime entre le problème de la sensibilité à la lumière et celui des pigmentations cutanées.

R. Rivoire.

R. Kern et **H. Schenck.** ***L'importance de l'allergie dans l'étiologie et le traitement des polypes muqueux du nez*** (*The Journal of the American medical association*. t. **103**, n° 17, 27 Octobre 1934, p. 1293-1297). — K. et S. considèrent les polypes muqueux du nez comme une manifestation allergique: ils sont en effet extrêmement fréquents dans les maladies allergiques des voies respiratoires, particulièrement dans le rhume des foins et l'asthme; au contraire, ils ne s'observeraient presque jamais dans les affections respiratoires banales, même en cas d'infection sinusale chronique et intense. Dans leurs recherches, les auteurs ont toujours trouvé chez les sujets porteurs de polypes muqueux soit une maladie allergique personnelle, soit une hérédité allergique, soit des tests cutanés positifs.

En conséquence, le traitement de cette affection doit être un traitement désensibilisant, qui évitera les récidives post-opératoires.

R. Rivoire.

L. Rowntree, J. Clark et **A. Hanson.** ***Les effets biologiques de l'extrait thymique d'Hanson*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 19, 10 Novembre 1934, p. 1425-1430). — Les recherches récentes commencent à nous faire entrevoir la réalité d'une sécrétion endocrine du thymus. Les auteurs ont étudié les propriétés d'un extrait thymique fabriqué par Hanson, et ont observé une action incontestable de cet extrait sur la taille et le poids des rats jeunes ou adultes. En outre, l'administration de cet extrait à des rats adultes semble augmenter le nombre et la taille de leurs petits: et cet effet croît lorsqu'on soumet les animaux à ce traitement pendant plusieurs générations; ainsi, à la 5e génération, les dents apparaissent et les oreilles s'ouvrent le jour de la naissance, les yeux s'ouvrent et les poils apparaissent le 3e jour, les testicules descendent le 4e jour; enfin la puberté survient plus précocement. Les animaux de la 5e génération pèsent plus du double des témoins entre le 3e et le 20e jour.

L'interruption du traitement pendant une génération nullifie entièrement les résultats.

Les animaux traités par cet extrait apparaissent en outre anormalement dociles, contents et en bonne santé. Il n'est pas absolument certain que cette action de l'extrait thymique soit due à une hormone spécifique: les extraits embryonnaires donnent en effet des résultats analogues, et il est possible que le thymus, qui est un tissu jeune, agisse d'une façon identique.

R. Rivoire.

J. Thorson. ***Un cas de xérophtalmie par avitaminose*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 19, 10 Novembre 1934, p. 1438-1440). — T. rapporte un cas de xérophtalmie, affection rarement observée en Amérique, survenue chez un bûcheron isolé ayant une alimentation carencée. Cette affection oculaire avait chaque année une exacerbation pendant les mois d'hiver, alors qu'en été et au printemps survenait une amélioration spontanée, due sans doute à un changement dans le régime alimentaire. Cette xérophtalmie guérit par l'administration de fortes doses de vitamine A, mais il persista des lésions cicatricielles cornéennes, donnant une forte diminution de l'acuité visuelle.

R. Rivoire.

G. Graham et **A. Mackey.** ***Les vésicules sans calculs*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 20, 17 Novembre 1934, p. 1497-1500). — Dans cet article, G. et M. étudient l'action de la cholécystectomie sur les cholécystites non calculeuses. Ils insistent sur le fait que l'intervention ne donne dans ce cas de bons résultats que lorsque existent de violentes douleurs: dans le cas contraire, l'ablation de la vésicule est infructueuse dans 40 pour 100 des cas: aussi est-il inutile de soumettre le malade au risque d'une telle intervention, où la mortalité est plus élevée que dans la cholécystite calculeuse, sans doute à cause de l'importance habituelle de l'atteinte hépatique, même dans les cas où les signes cliniques et radiologiques indiquent avec une grande probabilité l'atteinte anatomique de la vésicule. Il n'est pas certain d'ailleurs que la cholécystite constitue toute la maladie: de plus en plus, il semble que les vésicules sans calculs sont des hépato-cholécystites, et l'intervention chirurgicale ne peut supprimer que l'un des sièges de l'affection.

R. Rivoire.

A. Ivy et **G. Bergh.** ***Physiologie appliquée des voies biliaires extra-hépatiques*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 20, 17 Novembre 1934, p. 1500-1504). — Dans ce très intéressant article, I. et B. font une mise au point de nos connaissances actuelles sur la physiologie des voies biliaires, question encore si controversée. Ils étudient successivement la fonction d'absorption et de concentration de la vésicule, sa sécrétion et sa motricité. Ils envisagent successivement l'action des substances cholagogues, particulièrement de la cholécystokinine, hormone vésiculaire du duodénum. Ils étudient ensuite complètement la fonction du sphincter d'Oddi, qui joue certainement un rôle important dans la pathogénie de beaucoup d'affections des voies biliaires, et les substances qui contractent ou paralysent ce sphincter. Ils terminent en envisageant les conséquences physiologiques de l'ablation de la vésicule, et concluent que la cholécystectomie n'est probablement pas une opération inoffensive. On ne doit donc pas la pratiquer à la légère et la réserver pour les cas d'atteinte vésiculaire incontestable et importante.

R. Rivoire.

H. Blumberg et **T. Carey.** ***L'argyrisme : mise en évidence d'un argyrisme inapparent par la démonstration spectrographique d'un taux élevé d'argent dans le sang*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 20, 17 Novembre 1934, p. 1521-1524). — Dans un cas d'argyrisme sans pigmentation, consécutif à l'absorption de capsules de nitrate d'argent administrées pour le traitement d'une affection intestinale, et caractérisé cliniquement par de la cachexie, de la céphalée et des douleurs abdominales, les auteurs firent un examen spectrographique du sang dans l'idée de déceler une intoxication saturnine: à leur grande surprise, le taux du plomb sanguin était normal, mais il y avait une très forte élévation de la teneur du sérum en argent. Cet élément se trouvait dans le sang dans la proportion de 0,5 milligr. par 100 cmc, alors que la teneur normale est de 0,0005 milligr. seulement.

Les auteurs dosèrent alors l'argent dans les urines, les fèces, le liquide céphalo-rachidien, la peau, la salive et le tartre dentaire: partout ils trouvèrent une teneur en argent fortement augmentée.

Il semble donc que l'examen spectroscopique du sang soit une méthode permettant de déceler l'argyrisme au début: on devra donc l'utiliser pour surveiller les malades soumis à un traitement argentique interne.

R. Rivoire.

C. Tripoli, W. Maccord et **H. Beard.** ***La dystrophie musculaire, l'atrophie musculaire, la myasthénie et le strabisme : études cliniques et biochimiques de l'action de l'acido-aminothérapie*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 21, 24 Novembre 1934, p. 1595-1600). — T., M. et B. ont traité par le glycocolle et l'acide glutamique 43 malades atteints d'atrophies ou de dystrophies musculaires de cause variée. Chez tous ces malades existait avant le traitement un certain degré de créatinurie. Dans l'ensemble, on observa une amélioration dans les cas où la thérapeutique déterminait une augmentation temporaire de la créatinurie, allant de 50 à 200 pour 100. Au contraire, les cas où la créatinurie n'était pas augmentée ne furent pas améliorés.

Les résultats les plus favorables furent observés dans les myopathies primitives, et particulièrement dans le type pseudo-hypertrophique. Dans la myasthénie grave, les résultats furent également excellents. Par contre, dans les atrophies musculaires secondaires à une lésion nerveuse, on n'observa guère qu'une amélioration subjective et un arrêt de l'évolution.

R. Rivoire.

S. Cobb et **H. Coggeshall.** ***Les névrites*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 21, 24 Novembre 1934, p. 1608-1617). — Dans cet intéressant travail, les auteurs font une classification extrêmement complète des névrites, distinguant:

1° *Les polynévrites dues à une infection par virus filtrant.* Dans ce groupe, encore mal connu, une entité clinique tend à se préciser, c'est la polynévrite fébrile aiguë.

2° *Les polynévrites dues à des toxines bactériennes.* La polynévrite sérique est la preuve indiscutable que les toxines bactériennes peuvent déterminer des névrites.

3° *Les polynévrites par carence ou par trouble métabolique.* C'est le groupe où les progrès sont le plus rapide.

4° *Les polynévrites chimiques.* En dehors du plomb et de l'arsenic, toute une série de composés chimiques utilisés dans l'industrie peut déterminer des polynévrites.

5° *Les névrites localisées dues aux traumatismes.*

6° *Les névrites localisées dues aux microbes et à leurs toxines.* Elles sont rares, sauf dans la diphtérie.

R. Rivoire.

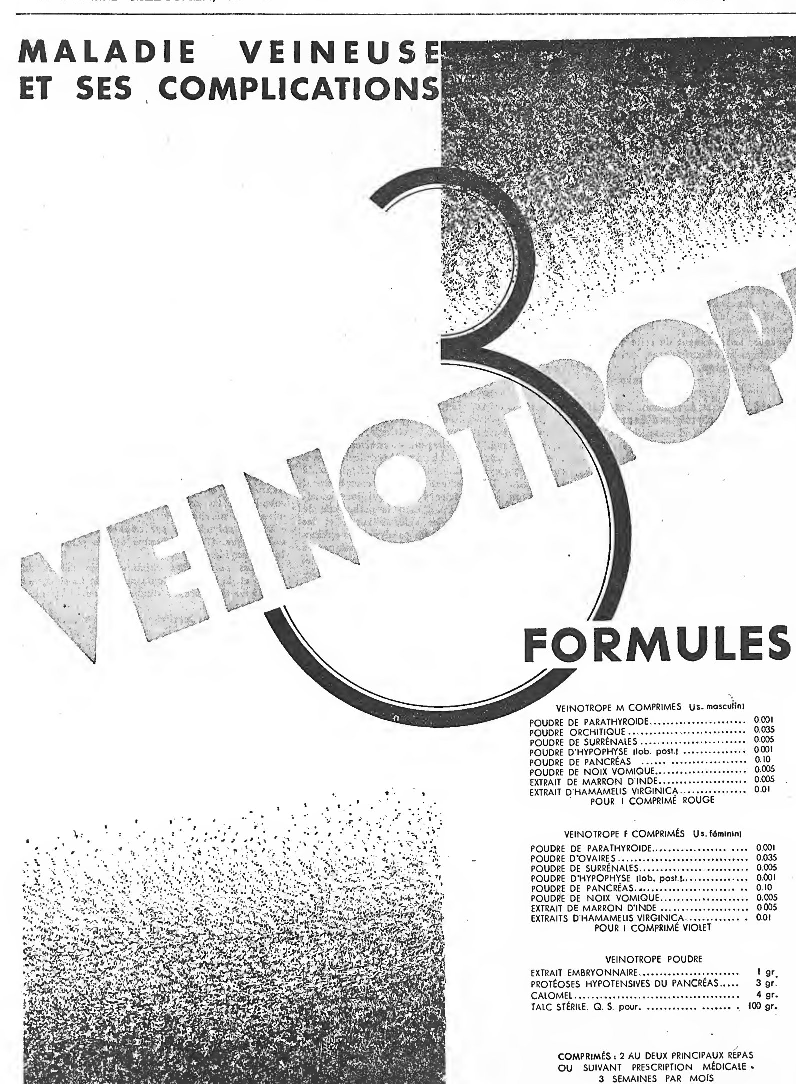
A. Blalock. ***Suture réussie d'une plaie de l'aorte ascendante*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 21, 24 Novembre 1934, p. 1617-1618). — Les sutures de l'aorte sont extrêmement rares, parce que les blessures de cet organe aboutissent d'ordinaire à la mort avant que l'intervention puisse être pratiquée. Mais, dans le cas de blessure de la portion intra-péricardique du vaisseau, l'hémorragie est moins foudroyante à cause du péricarde, et l'intervention peut être tentée.

B. a réussi une suture de cette portion de l'aorte, qui est la deuxième publiée. L'intervention fut très sanglante, l'hémorragie opératoire ayant été évaluée à 600 ou 700 cmc. Mais le sujet supporta bien le choc et guérit facilement sans persistance de troubles cardio-aortiques.

R. Rivoire.

M. Strauss et **M. Howard.** ***La réaction de Frei pour la lymphogranulomatose inguinale; présence de l'antigène dans une réaction pustuleuse*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 24, 15 Décembre 1934, p. 1830-1833). — S. et H. ont remarqué que lorsque la réaction de Frei était fortement positive, le contenu de la vésicule était capable de produire une réaction positive chez un malade atteint de lymphogranulomatose.

S. et H. discutent l'interprétation de ce phénomène: il ne semble pas que le principe actif soit contenu dans le sang du malade, et se retrouve


MALADIE VEINEUSE
ET SES COMPLICATIONS
VEINOTROPE
3
FORMULES
VEINOTROPE M COMPRIMES (Us. masculin)
POUDRE DE PARATHYROIDE 0.001
POUDRE ORCHITIQUE 0.035
POUDRE DE SURRÉNALES 0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.) 0.001
POUDRE DE PANCRÉAS 0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE 0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE 0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA 0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE
VEINOTROPE F COMPRIMÉS (Us. féminin)
POUDRE DE PARATHYROIDE 0.001
POUDRE D'OVAIRES 0.035
POUDRE DE SURRÉNALES 0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.) 0.001
POUDRE DE PANCRÉAS 0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE 0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE 0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA 0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET
VEINOTROPE POUDRE
EXTRAIT EMBRYONNAIRE .... 1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS .... 3 gr.
CALOMEL .... 4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour .... 100 gr.

dans le pus par concentration de l'antigène humoral; il ne semble pas non plus qu'un nouvel antigène se forme *in situ* comme en cas de lésion active: la probabilité la plus vraisemblable est qu'il subsiste dans la pustule une partie de l'antigène inoculé et qui ne s'est pas combiné à des anticorps.

R. Rivoire.

H. Parder. ***Les affections cardiaques indiquant l'avortement thérapeutique*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 25, 22 Décembre 1934, p. 1899-1902). — Pour P., l'apparition d'une insuffisance cardiaque moyenne non améliorée par le traitement au cours des 5e, 6e et 7e mois de la grossesse est une indication formelle d'avortement provoqué. On peut faire exception à cette règle si la malade est très désireuse d'avoir un enfant, si elle peut cesser toute activité pendant sa grossesse, et si elle accepte d'être délivrée par césarienne avant le début du travail.

L'apparition d'une insuffisance cardiaque de même intensité dans les 3 premiers mois de la grossesse est une indication encore plus formelle d'avortement; parce que l'asystolie s'aggravera probablement dans les derniers mois, et parce qu'un avortement spontané surviendra peut-être.

Lorsque l'insuffisance cardiaque est plus légère, il faut faire d'abord un traitement médical avant de décider s'il y a lieu d'interrompre la grossesse.

R. Rivoire.

W. Hewick. ***Les affections cardiovasculaires et rénales indiquant l'avortement*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 25, 22 Décembre 1934, p. 1902-1907). — Les toxémies gravidiques peuvent être classées en deux groupes: un premier groupe, le plus restreint, comprend les néphrites vraies, avec albuminurie importante et prolongée, œdèmes et anémie: ces malades doivent être traitées par l'avortement provoqué, le plus précocement possible, et de nouvelles grossesses doivent être évitées, car elles aggravent la maladie et aboutissent presque toujours à l'avortement spontané si on les laisse évoluer. Le groupe le plus important comprend l'éclampsie, la prééclampsie et les hypertensions gravidiques. Dans ce groupe, l'avortement est plus rarement indiqué, et en tout cas moins urgent; on doit cependant y recourir lorsque l'hypertension augmente au fur et à mesure que la grossesse progresse, ou lorsque survient de l'albuminurie et de l'œdème. Dans l'éclampsie à terme, il ne faut pas interrompre la grossesse artificiellement, car cette manœuvre est mal supportée par la femme profondément intoxiquée.

R. Rivoire.

J. Friedenwald et **M. Feldman.** ***Le duodénum instable ou irritable: observations cliniques dans 100 cas*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 26, 29 Décembre 1934, p 2007-2012). — Le duodénum instable ou irritable est une affection plus fréquente qu'on ne semble le croire. La maladie n'est pas encore clairement définie, et une confusion considérable existe à ce sujet. Les auteurs suggèrent que le qualificatif « instable » est plus approprié à la maladie que celui d' « irritable », parce que par moments on trouve plutôt une diminution de l'irritabilité de l'organe qu'une augmentation. La cause première est un dérèglement de l'appareil neuromusculaire du duodénum, qui peut être d'origine mécanique, chimique, allergique ou réflexe.

La maladie survient surtout chez l'homme, entre 20 et 40 ans. Les symptômes ne sont pas caractéristiques, et l'affection peut simuler l'ulcère, la cholécystite, l'appendicite. Le diagnostic se fait par l'examen radiologique, qui montre une motilité excessive, des irrégularités et des fibrillations transitoires, sans signes d'ulcère.

Le traitement par l'atropine guérit presque toujours rapidement les malades.

R. Rivoire.

G. Shibley et **T. Spies.** ***L'action de la vitamine A sur le rhume de cerveau*** (*The Journal of the American medical association*, t. **103**, n° 26, 29 Décembre 1934, p. 2021-2026). — Le traitement du rhume de cerveau par les préparations à base de vitamine A s'étant répandu de façon extraordinaire en Amérique, les auteurs ont entrepris une vaste enquête pour vérifier l'efficacité de ce traitement. La conclusion de leur travail est nettement négative: la vitamine A n'a aucune influence sur la fréquence, la sévérité et la durée des rhumes de cerveau.

Il semble donc que cette thérapeutique ne soit pas encore le remède si recherché de cette si rebelle affection.

R. Rivoire.

J. Aub. ***Le comportement biochimique du plomb dans l'organisme*** (*The Journal of the American medical association*, t. **104**, n° 2, 12 Janvier 1935, p. 87-90). — Les recherches de A. ont montré que le plomb suivait dans l'organisme les fluctuations métaboliques du calcium: il s'accumule en effet dans les épiphyses osseuses, d'où il est lentement éliminé; parfois cette défixation du plomb osseux se précipite, et il y a augmentation brusque de la teneur du sang en plomb, déterminant les accidents aigus de saturnisme. Cette défixation peut être provoquée artificiellement par l'injection de parathormone, qui mobilise le plomb des os en même temps que le calcium. En pratique, ce métabolisme du plomb doit être connu car il permet une thérapeutique logique des accidents saturnins: c'est ainsi qu'une colique de plomb cède rapidement à l'injection intraveineuse de chlorure de calcium. De faibles doses de parathormone peuvent être utilisées d'autre part pour éliminer progressivement le plomb accumulé dans le squelette et éviter le retour des accidents paroxystiques.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

H. Jackson. ***Rapports de l'amidopyrine et des médicaments voisins avec l'agranulocytose*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 4, Octobre 1934, p. 482-486). — On a récemment incriminé l'amidopyrine (pyramidon) et divers médicaments voisins qui contiennent un groupe benzène dissimulé dans l'étiologie de l'agranulocytose.

J. a étudié à cet égard 27 cas absolument typiques d'angine agranulocytaire. Dans 26 pour 100 des cas cette maladie fut consécutive à l'administration d'amidopyrine ou de médicaments voisins. Chez ces malades, il est possible, et même probable, que l'affection a été déclenchée ou favorisée par cette thérapeutique. Dans 3 de ces cas, J. a pu constater que le pyramidon provoquait des crises de neutropénie.

Chez 30 pour 100 des malades, l'analyse des faits indique qu'en dépit de l'administration de grandes quantités de pyramidon, il n'existe pas de rapports de causalité bien établis avec l'agranulocytose et chez plusieurs d'entre eux on ne constata pas de leucopénie ni de neutropénie durant l'administration du médicament, bien au contraire.

Dans 44 pour 100 de ces cas d'agranulocytose les malades ne prenaient aucun médicament de ce genre et présentaient cependant un tableau clinique et hématologique identique.

P.-L. Marie.

P. F. Lucchesi. ***Poliomyélite et sérum de convalescent*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 4, Octobre 1934, p. 515-521). — Durant l'été et l'automne de 1932 410 malades furent admis à l'hôpital de contagieux de Philadelphie comme suspects de poliomyélite aiguë; ce diagnostic se montra exact chez 304; il s'agissait dans la grande majorité des cas d'enfants de moins de 10 ans. 254 de ces malades reçurent du sérum de convalescents; 124 d'entre eux présentaient à l'entrée de la parésie ou de la paralysie. A la sortie de l'hôpital, ce chiffre atteignait 154.

50 patients ne reçurent pas de sérum à l'entrée; 28 présentaient de la parésie ou de la paralysie. A la sortie, leur nombre était de 38.

192 malades sortirent avec des manifestations paralytiques tandis qu'à l'entrée 152 en présentaient.

Il y eut 24 décès; 18 de ces malades avaient eu du sérum. 22 de ces décès se produisirent dans la première semaine de la maladie, 2 dans la seconde. Parmi ces 24 cas mortels, il fallut faire usage de l'appareil à respiration artificielle chez 17 sujets.

De ces chiffres, L. conclut que le sérum de convalescent n'a guère de pouvoir préventif à l'égard des paralysies.

P.-L. Marie.

SURGERY GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

E. A. Graham et **A. F. Hartmann** (St-Louis). ***Résection subtotale du pancréas pour hypoglycémie*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **59**, n° 3, Septembre 1934, p. 474-480). — G. et H. rapportent l'histoire d'un enfant d'un an entré à l'hôpital pour convulsions répétées portant sur le côté droit avec retard marqué du développement intellectuel et même physique. L'enfant ne porte que quatre incisives, sa fontanelle est encore très large et il est incapable de tenir sa tête droite plus de quelques instants.

On ne constate aucune lésion neurologique expliquant ces convulsions, mais un examen du sang montre une hypoglycémie marquée (13 mm. pour 100). Après un repas d'hydro-carbones, l'enfant est plus vif, peut tenir sa tête et presque s'asseoir.

Les convulsions, d'abord uniquement à droite, survinrent ensuite parfois à gauche. Elles s'accompagnaient de perte de connaissance et on les faisait rapidement cesser par absorption de jus d'oranges.

Pendant deux mois l'enfant fut maintenu en observation. Pendant tout ce temps, le taux moyen du sucre capillaire fut de 30 pour 100 avec descente jusqu'à 6 pour 100 une fois. Un régime riche en hydrocarbonés fut institué pendant une quinzaine: il y eut ascension de la glycémie, quoique encore inférieure à la normale et en même temps amélioration de l'état de l'enfant, avec cessation des convulsions.

Divers extraits pituitaires ne donnèrent aucune amélioration: au contraire l'injection d'adrénaline provoqua une ascension marquée de la glycémie avec maintien plusieurs heures à ce niveau.

Pensant à la possibilité d'une tumeur (adénome) du pancréas, G. intervint. Le pancréas mis à nu, on ne constata aucune trace de tumeur pancréatique, ni rien d'anormal dans le reste de l'abdomen. Aussi G. se décida-t-il à pratiquer une ablation large du pancréas, en ne laissant qu'une petite partie de la glande, un huitième environ, pour protéger le canal cholédoque.

La plaie suppura un peu et il se développa une double otite; néanmoins l'enfant finit par guérir.

A la suite de l'intervention, il y eut une forte hyperglycémie (572 milligr. pour 100) avec glycosurie, puis le taux de la glycémie diminua peu à peu pour se stabiliser autour de 80 pour 100. Tous les symptômes dus à l'hypoglycémie disparurent définitivement.

L'enfant a été revu 9 mois après l'intervention. Son état psychique et physique s'est très notablement amélioré. La glycémie était à 83 pour 100.

Il n'y a aucun trouble de sa nutrition générale et l'équilibre acido-basique de son sang est normal, malgré l'étendue de la résection pancréatique, la plus forte qui ait été faite.

L'examen histologique du tissu pancréatique enlevé a montré une structure absolument normale et seule l'absence d'autres causes d'hypoglycémie permet de penser qu'il s'est bien agi d'un hyperinsulinisme.

M. Guiné.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

Verbunt (Batavia). ***Syphilis varioliforme*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **20**, n° 3, 19 Janvier 1935, p. 206-211). — Un Javanais de 25 ans est pris brusquement de fièvre élevée, avec douleurs violentes osseuses et frontales, insomnie et anorexie. 3 jours plus tard, apparurent aux cuisses des papules rouges, qui se disséminèrent le lendemain sur presque tout le corps, sans prurit. Puis ces papules se transformèrent en pustules.

Quand le malade entra à l'hôpital, on constata une adénopathie généralisée, indolente. Au sillon balano-préputial existait un chancre dur avec adénopathie inguinale caractéristique.

Une éruption très polymorphe occupait la presque totalité du corps; cependant, les plis articulaires, l'abdomen, la région sacrée, le cou, les aisselles, les aines étaient respectés. A côté de maculo-papules, saillantes, parfois centrées par un point jaunâtre, des vésicules, des pustules parfois ombiliquées, des lésions papulo-nécrotiques. Les éléments croûteux étaient rares, sauf au cuir chevelu. Aux paumes des mains et aux plantes des pieds existaient des papules kératosiques, jaunes, transparentes, entourées d'un liséré rouge. Les muqueuses buccale et anale étaient respectées.

Le Wassermann était positif. Après un traitement bismuthique, les lésions disparurent en 3 semaines, en laissant de petites cicatrices.

Le diagnostic de *syphilis varioliforme* s'imposait, en raison du polymorphisme des lésions.

Dans la *variole*, l'éruption est monomorphe. Dans la *varicelle*, les lésions sont érythémato-vésiculeuses et non pustuleuses.

A Java, un autre diagnostic doit être éliminé, c'est le *pian* ou *framboesia;* mais alors les éléments éruptifs sont surtout papulo-nécrotiques et on voit apparaître rapidement des papillomes croûteux.

Les *éruptions médicamenteuses*, dues à l'iodure de potassium, sont facilement éliminées.

V. rapporte une statistique des syphilitiques secondaires soignés à l'hôpital de la clinique de Batavia, statistique qui montre d'une part la proportion de syphilis varioliformes observées par rapport aux syphilis secondaires et d'autre part la régression de la syphilis depuis 1929.

En 1929-1930 : 124 syphilis secondaires, 11 syphilis varioliformes.

En 1930-1931 : 140 syphilis secondaires, 10 syphilis varioliformes.

En 1931-1932 : 141 syphilis secondaires, 7 syphilis varioliformes.

En 1932-1933 : 87 syphilis secondaires, 4 syphilis varioliformes.

En 1933-1934 : 50 syphilis secondaires, 5 syphilis varioliformes.

Le plus souvent, dans la syphilis varioliforme, les troubles généraux, fièvre, douleurs, etc., sont très marqués durant la période pré-éruptive; cependant parfois ces troubles sont atténués.

V. conseille de traiter d'abord l'état général : repos au lit, bains chauds, antipyrétiques (salicylate de soude). Ce n'est que lorsque l'état général est amélioré qu'on doit commencer le traitement antisyphilitique; sinon, on constate souvent une aggravation des lésions (réaction de Herxheimer).

Quand les pustules se transforment en ulcérations, il est bon de prescrire des bains au permanganate.

Dans certains cas de syphilis varioliforme, on peut observer des lésions érythémato-squameuses généralisées très prurigineuses, simulant une érythrodermie sèche, type Hebra. A la période terminale de la syphilis varioliforme, il persiste souvent une tache pigmentaire brun noirâtre, correspondant à chaque élément papulo-pustuleux et rappelant la syphilis nigricante de Fournier.

En général, la syphilis varioliforme n'est pas une forme grave de syphilis secondaire, quand le malade est soigné à temps; la durée d'hospitalisation est d'environ un mois et demi.

R. Burnier.

LA PEDIATRIA (Naples)

Vitaliano Sacco (Naples). ***La diète achlorurée de la mère dans le traitement des manifestations cutanées de la diathèse exsudative des nourrissons au sein*** (*La Pediatria*, vol. **42**, n° 12, 1er Décembre 1934, p. 1432-1441). — S'inspirant des idées de Czerny sur la pathogénie de la diathèse exsudative, Maggiore et Pacchioli ont obtenu des résultats satisfaisants en instituant une diète hypochlorurée. S. a soumis à cette diète 9 mères dont les nourrissons au sein présentaient des manifestations cutanées diverses attribuables à la diathèse exsudative. Pendant les 10 à 15 premiers jours de cette diète, les nourrissons ont diminué un peu de poids. Les résultats ont été favorables dans tous les cas et les nourrissons guéris par cette diète maternelle ont été revus au bout de plusieurs mois. Leur guérison s'est maintenue, bien que les mères aient repris un régime normal.

La diète achlorurée maternelle a pu être maintenue pendant longtemps (jusqu'à 2 mois 1/2 dans l'un des cas) sans que des troubles appréciables apparaissent chez la mère.

Cette cure a produit une diminution du taux des chlorures du lait à partir du 5e jour de la diète achlorurée avec minimum du 12e au 15e jour.

Le taux des chlorures du lait qui était en moyenne de 0,79 pour 1.000 avant la diète hypochlorurée s'abaissait en moyenne jusqu'à 0,54 pour 1.000, soit une diminution moyenne de 0,25 pour 1.000.

S. fait d'ailleurs observer que le taux du NaCl du lait des mères qui allaitent des nourrissons présentant des manifestations de la diathèse exsudative n'est guère différent de celui du lait des mères qui donnent le sein à des enfants sains. Le taux du NaCl du lait est chez les premières de 0,791 pour 1.000; chez les secondes de 0,794 pour 1.000.

G. Schreiber.

Eugenio Barla Szabo (Pecs, Hongrie). ***Le traitement de la poliomyélite par les injections de virus antirabique*** (*La Pediatria*, vol. **43**, n° 1, 1er Janvier 1935, p. 48 à 51). — Le traitement de la poliomyélite par du sérum de convalescent fournit des résultats assez favorables à condition d'être institué au stade qui précède les paralysies; mais à cette période 50 pour 100 des cas de poliomyélite sont méconnus.

L'action du sérum de convalescents est beaucoup plus problématique une fois les paralysies constituées, d'autant plus que les guérisons et améliorations constatées peuvent être attribuées à la rémission spontanée des lésions, rémission qui varie suivant le génie épidémique de l'infection.

Ces constatations ont incité B. S. à utiliser un autre produit pour combattre la poliomyélite. Il a choisi le virus antirabique parce que ce dernier a une localisation médullaire analogue au virus de la paralysie infantile, parce qu'il atténue le processus inflammatoire des tissus nerveux et surtout parce qu'il réactive les éléments nerveux lésés par le virus de la poliomyélite.

B. S. a traité, au cours de l'épidémie de Izeged de 1932, 17 malades atteints de paralysies subaiguës en leur injectant du virus antirabique 3 à 6 semaines après le début des paralysies. Ces malades avaient reçu dès les premiers jours de leur atteinte 25 à 40 cmc de sérum de convalescents qui n'avaient donné aucun résultat ou produit seulement une légère amélioration. Sur ces 17 malades, 6 présentaient des monoplégies, 7 des diplégies, 3 des diplégies avec paralysies du tronc et 1 une quadriplégie avec paralysie du tronc. Tous ces malades présentaient une abolition des réflexes avec hypotonie musculaire.

Voici les résultats attribués par B. S. au traitement antirabique : 4 diplégiques virent réapparaître leurs réflexes au bout de 12 jours, 7 sujets (3 mono et 4 diplégiques) furent guéris en 20 à 25 jours, 6 malades furent améliorés au bout de 20 à 22 jours et parmi ces derniers, 2 guérirent complètement dans la suite.

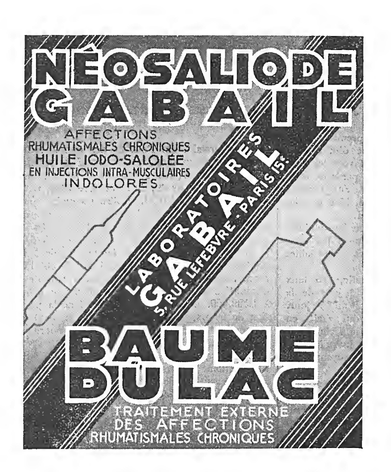
Ces résultats incitent B. S. à recommander le vaccin antirabique pour le traitement de la poliomyélite.

G. Schreiber.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Lwow)

J. Latkowski. ***De l'action des ondes courtes sur l'organisme humain et animal et spécialement de leur action sur le sang*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **13**, n° 39, 23 Septembre 1934, p. 709-714). — Depuis 1931, L. utilise les ondes courtes dans un but expérimental et clinique à l'aide d'un appareil fait sur place et produisant des ondes dont la longueur varie de 4 m. et au-dessous à 6.4 et au-dessus. L. étudie sur les lapins soumis à l'action des ondes courtes pendant 15' à 30' l'effet produit sur le sang de ces animaux. Il constate une diminution de globules rouges allant de 500.000 à 1.500.000. L'hémoglobine baisse dans la proportion de 20 pour 100, l'albumine de 60 pour 100. Le nombre de globules blancs décroît d'abord pour augmenter ensuite. L'augmentation s'élève quelquefois jusqu'à 100 pour 100 du nombre primitif et atteint son maximum 2 ou 3 heures plus tard. Souvent on constate simultanément la diminution du nombre de lymphocytes; par contre, les pseudo-éosinophiles augmentent. Les résultats de l'étude de la condensation des ions d'H prouvent que le sérum sanguin subit une influence dans le sens de l'acidose, les variations de *pH* oscillent de 0,08 à 0,35. L'effet produit dans le sérum sanguin traduit non seulement un changement de l'équilibre acido-basique mais également de l'équilibre colloïdal. Les ions Ca diminuent, les ions K augmentent. La diminution des ions Na est peu sensible. Par contre la quantité de Cl augmente sensiblement surtout après les séances prolongées. Ces changements expliquent l'action curative des ondes courtes dans certains processus pathologiques et leur action neuro-végétative. L. souligne que des changements analogues ont été obtenus sous l'influence d'autres facteurs physiques ou biologiques, rayons X, rayons ultra-violets, métaux colloïdaux, méthode de chocs. Ce fait prouve que des facteurs divers peuvent produire dans l'organisme des réactions de défense ayant les mêmes caractères biologiques et peuvent être utilisés dans le but thérapeutique. Il n'est pas possible de se prononcer actuellement sur le mécanisme de cette action qui peut être dû soit à la production de substances spécifiques, soit au changement de l'action des substances chimiques de l'organisme dont les conditions biologiques ont été modifiées.

Fribourg-Blanc.


NÉOSALIODE
GABAIL
AFFECTIONS
RHUMATISMALES CHRONIQUES
HUILE IODO-SALOLÉE
EN INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES
LABORATOIRES
GABAIL
5, RUE LEFEBVRE - PARIS 15e
BAUME
DULAC
TRAITEMENT EXTERNE
DES AFFECTIONS
RHUMATISMALES CHRONIQUES


DIGESTION DES FÉCULENTS, MATERNISATION DU LAIT,
NEURASTHÉNIE, RACHITISME, TUBERCULOSE
CONVALESCENCE
AMYLODIASTASE THÉPÉNIER
"PHOSPHODIASTASES" ÉMINEMMENT ASSIMILABLES DES CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
2 à 3 Comprimés après chaque repas
SIROP
2 cullerées à café après chaque repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e

J. Miodonski. ***Auscultation de l'apophyse mastoïde*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **13**, n° 43, 21 Octobre 1934), p. 792-793). — La méthode consiste dans l'auscultation comparative des vibrations du diapason à travers la masse des apophyses mastoïdes. L'intensité et la durée de la propagation du son sont enregistrées et comparées aux résultats obtenus du côté sain. M. construit un dispositif représentant dans l'ensemble deux otoscopes conjugués et réunis par une branche commune >—< Chaque otoscope réunit une oreille du malade et une oreille du médecin. Les résultats de cette auscultation sont intéressants surtout dans le diagnostic de lésions aiguës. Ils peuvent aider au diagnostic différentiel des processus inflammatoires de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde. Ainsi la durée de la propagation du son dans les mastoïdites aiguës est comparativement plus longue que dans l'otite moyenne.

FRIBOURG-BLANC.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE *(Varsovie)*

E. Herman et **J. Merenlender.** ***La maladie de Pringle avec hémi-hypertrophie de la face sans syndrome neuro-psychique*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **11**, n° 35, 20 Septembre 1934, p. 562-565 et n° 36 du 27 Septembre 1934, p. 580-582). — H. et M. relatent l'observation d'une fillette de 14 ans atteinte de maladie de Pringle congénitale. Ils illustrent leur observation de nombreuses photographies et de figures histologiques. H. et M. soulignent l'existence d'hémi-hypertrophie de la face qu'on ne rencontre pas habituellement dans cette affection bien que d'une façon générale, les troubles de développement sont fréquents. La structure histologique présenté de nombreuses figures de lésions vasculaires et donne souvent l'apparence d'angiomes rappelant la description donnée par Darier de nævi vasculaires verruqueux de la face. Les lésions couramment signalées dans la maladie de Pringle par divers auteurs s'associent à ce tableau histologique. L'enfant ne présentait aucun signe neurologique et son développement psychique était normal. Les troubles vaso-moteurs faisaient entièrement défaut.

FRIBOURG-BLANC.

ROMANIA MEDICALA *(Bucarest)*

J. V. Bistriceano. ***La radiothermie profonde cranio-maxillo-faciale par ondes courtes ou ultra-courtes*** (*Romania Medicala*, t. **12**, n° 23, Décembre 1934, p. 294). — La radiothermie, l'électropyrexie ou l'ultra-diathermie, a introduit les ondes courtes et ultra-courtes dans la pratique médicale et réalise de grands progrès dans l'électrophysiothérapie. La technique est plus facile que celle de la diathermie, car elle exclut les brûlures, les électrodes pouvant s'appliquer à travers les vêtements. En effet, les ondes courtes et ultra-courtes ont un pouvoir de pénétration, très grand. Tous les organes sont accessibles aux ondes courtes ou ultra-courtes, même chez les obèses. Leurs indications dépassent le domaine de la diathermie.

Grâce à leur puissance de pénétration et à l'action abiotique sur divers micro-organismes, on applique avec succès ce traitement dans les différents processus inflammatoires aigus microbiens: abcès, phlegmons, furoncles, anthrax, hydro-adénites, fistules, etc.

Ainsi, en gynécologie, on peut traiter même les inflammations aiguës utéro-annexielles. Une application de grande importance, grâce à leur commodité d'application sur des régions accidentées, c'est la radiothermie cranio-faciale.

Les névralgies de la face, de la région cervico-occipitale, les migraines, les hémicranies et les céphalalgies diffuses chroniques sont très améliorées ou disparaissent après 8 à 12 séances d'ondes ultra-courtes.

On obtient les mêmes résultats dans les névralgies brachiales, intercostales, lombo-sciatiques.

B. a guéri un cas de sciatique rebelle et un autre de névralgie du trijumeau. Les sinusites aiguës guérissent rapidement en 4 à 5 séances; les sinusites chroniques après un traitement plus long. Dans les otites moyennes aiguës ou chroniques, dans les oto-scléroses et oto-spongioses, Saidman et Mayer ont obtenu d'excellents résultats; ils notent une amélioration remarquable de l'ouïe. Dans les otites moyennes et mastoïdites on obtient de bons résultats. Dans les algies et pyorrhées dentaires la thérapie par les ondes courtes est indiquée, les dents n'opposant qu'une faible résistance.

Enfin, des essais de traitement se font actuellement dans diverses encéphalomyélopathies chroniques; c'est l'électro-phyrexie.

HENRI KRAUTER.

M. Cajal. ***L'extrait total de foie de morue en thérapeutique infantile*** (*Romania Medicala*, t. **13**, n° 3, 1er Février 1935, p. 134). — L'extrait total de foie de morue est destiné à remplacer l'huile de foie de morue. Cette dernière, c'est la graisse liquide du foie de: *Gadus Calarias*, de composition complexe. L'huile de foie de morue contient des corps minéraux (iode, phosphore), des alcaloïdes spéciaux (asseline, morrhuine), lipoïdes (lécithine), cholestérine et vitamines (A et D).

Beaucoup d'enfants refusent de prendre ou prennent avec dégoût l'huile de foie de morue; pendant l'été, l'administration en est impossible. Ces inconvénients ont donné lieu à la fabrication d'un grand nombre de produits destinés à remplacer l'huile de foie de morue.

L'extrait total de foie de morue, dépourvu de graisse, sanas, paraît être un des meilleurs et contient les éléments principaux, actifs, de l'huile de foie de morue: iode, phosphore, calcium, acides biliaires, lipoïdes, vitamines.

Cet extrait total a été appliqué sur un grand nombre de malades, dans les cas suivants:

1° *Adénopathies cervicales* de nature tuberculeuse, traitées par doses élevées. Parfois, le traitement fut complété par les rayons ultra-violets.

Ces cas ont évolué heureusement. Les ganglions se sont résorbés; l'état général s'est amélioré.

Certains malades ont eu en plus quelques séances de rayons ultra-violets.

2° Cas de *débilité avec polymicroadénie;* l'état général s'est amélioré, les malades ont repris du poids et se sont développés.

3° Cas de *rachitisme*. La minéralisation de l'organisme s'est traduite par l'amélioration des symptômes subjectifs; la phosphatémie est revenue à la normale; les os se sont ossifiés.

4° Enfin, l'extrait de foie de morue est actif dans la *spasmophilie*. Les accès de tétanie se raréfient et diminuent d'intensité. On observe aussi une diminution de l'excitabilité neuro-musculaire. La calcémie revient à la normale.

On administre l'extrait à la dose de III à IV gouttes par année d'âge, dans un peu de citronnade.

L'emploi de l'extrait de foie de morue dans le traitement de certains états de débilité des enfants et de certaines affections constitutionnelles où le métabolisme phospho-calcique est perturbé permet les conclusions suivantes:

1° L'extrait d'huile de foie de morue remplace avantageusement et avec succès l'huile de foie de morue.

2° L'extrait ne présente ni le goût ni l'odeur désagréable de l'huile de foie de morue.

3° Favorise la minéralisation de l'organisme et donne de bons résultats dans les adénopathies tuberculeuses, rachitisme, spasmophilie.

4° Modifie en augmentant le phosphore et le calcium sanguin.

5° Tonifie l'organisme et augmente le poids des enfants.

6° Enfin, on peut l'administrer l'été comme l'hiver.

HENRI KRAUTER.

O. Hoffer et **B. Théodoresco.** ***Sur un cas rare de lésion du maxillaire inférieur par l'intoxication à la nacre*** (*Romania Medicala*, t. **13**, n° 4, 15 Février 1935, p. 50). — H. et T. exposent l'observation d'une malade de 56 ans, travaillant dans une fabrique de boutons de nacre, laquelle présentait une tuméfaction légère mais douloureuse du maxillaire inférieur droit; une incision pratiquée à son niveau ne décela aucune trace de suppuration. Puis la tuméfaction paraît également à gauche, provoquant une constriction de la mâchoire. A l'examen: tuméfaction douloureuse, des deux côtés et dans la région supra-hyoïdienne, d'aspect inflammatoire. A l'intérieur, on observe une gingivite modérée et des dépôts tartriques. La radiographie ne décèle qu'un léger décollement et épaississement du périoste. L'examen sanguin: hématies: 4.140.000. Leucocytes: 13.000. Hémoglobine: 80. Légère anisocytose. Le traitement comporta une cure d'iodure de Ka et de rayons X, en même temps que la suppression du travail de la nacre. La malade guérit.

HENRI KRAUTER.

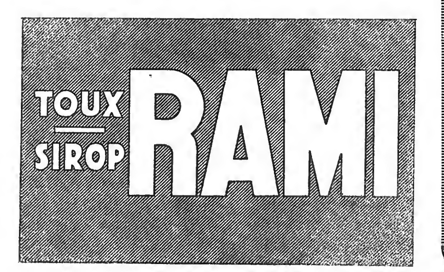
BUCURESTI MEDICAL *(Bucarest)*

S. Spatarenco. ***Etiologie de la pellagre, son traitement et sa prophylaxie*** (*Bucaresti medical*, t. **6**, n° 10, 1934, p. 125-127). — La pellagre, maladie connue depuis deux siècles, n'a pas d'étiologie déterminée jusqu'à présent. N. Avenarius de Sovoca (Bessarabie) a émis l'hypothèse suivante: la pellagre résultant d'une nutrition prolongée par le maïs serait la conséquence de l'appauvrissement de l'organisme en sels de calcium, chlore et potassium et de sa saturation en sels de magnésium. *La pellagre serait le résultat du déséquilibre provoqué dans l'organisme par le déficit de sels de calcium et l'excès de sels de magnésium.* S. a vérifié l'hypothèse d'Avenarius sur une première série de 16 pellagreux. Il a injecté par la voie intraveineuse 5 à 10 cmc d'une solution de chlorure de Ca à 10 pour 100. Puis le même traitement fut appliqué à 123 malades. Les résultats obtenus furent remarquables. La majorité des cas étaient des pellagres graves. Un malade de 22 ans présentait des accès tabétiformes et seuls les accidents dermiques et le résultat du traitement calcique signaient le diagnostic. En dehors de quelques cas, où les signes cutanés étaient parfois monstrueux, la plupart des malades présentaient une pellagre du 2e et 3e degré avec parésie des membres inférieurs, ataxie, invalides physiques et moraux. S. traita aussi 5 cas avec localisations palmaires profondes; 2 présentaient une onychie pellagreuse. Enfin, un malade présentait la manie religieuse. S. a fait 10 à 15 injections intraveineuses. Aux malades non hospitalisés il a prescrit 3 cuillers à soupe par jour d'une solution de 4 pour 100 dans de l'eau mentholée de chlorure de calcium.

Plusieurs séries de calcium sont à refaire au début du printemps dans les formes graves. Pour le traitement des pellagreux, il suffit d'appliquer ce traitement, car le chlorure de sodium apporte assez de chlore dans l'alimentation comme les sels de potasse sont fréquents dans les légumes. Peut-être une combinaison de sels de calcium, de potasse serait encore plus active. La population paysanne exposée à la pellagre devrait être traitée à titre prophylactique par la thérapeutique calcique.

HENRI KRAUTER.


PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
Contre :
la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES
H. VILLETTE, Ph.ien, 5, Rue PAUL-BARRUEL, PARIS-15e


TOUX
SIROP
RAMI

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

L. Cornil, J. Paoli et **J. Alliez.** ***Considérations sur les effets de la parathyroïdectomie unilatérale dans la maladie de Parkinson*** (*Le Progrès médical*, t. **42**, n° 6, 9 Février 1935, p. 217-221). — Chez un homme de 55 ans, présentant un syndrome de Parkinson typique datant de 4 ans et ayant une calcémie de 0, 0098 à 0, 0092, C., P. et A. ont fait pratiquer une parathyroïdectomie gauche qui a amené une amélioration portant à la fois sur les symptômes objectifs et subjectifs, qui se prolongea plus d'une année. Si le tremblement fut peu influencé, le sommeil était redevenu normal et les crampes douloureuses que présentait ce malade ont disparu.

La parathyroïde enlevée était hyperplasique. Elle était « constituée d'une masse très homogène de tissu compact où dominaient les cellules principales à protoplasma finement granuleux, coloré en rose clair par l'éosine, et disposé en amas lobulaires bordés d'un fin réticulum conjonctif ». Il y avait peu de substance colloïde et absence complète de tissu graisseux. Le type présenté par cette glande est le type compact spécial à l'enfant qui serait significatif d'un fonctionnement très actif de la glande. C., P. et A. considèrent cet aspect comme un processus nettement hyperplasique.

Il est difficile d'élucider le mécanisme qui lie les lésions hyperplasiques d'une parathyroïde et les symptômes neuropsychiques; mais cette observation vient à l'appui de la conception déjà ancienne de Roussy et Clunet, et C., P. et A. veulent voir entre l'évolution morbide et les lésions anatomiques autre chose qu'une simple coïncidence. L'innocuité relative d'une opération bien conduite sur une parathyroïde, avec contrôle de celle du côté opposé laissée en place, justifie une indication opératoire dans les cas où la thérapeutique médicale atteint la limite de son action.

Robert Clément.

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

P. Baize. ***La stéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés (A propos de 2 cas)*** (*Le Bulletin médical*, t. **49**, n° 2, 12 Janvier 1935, p. 23-26). — A propos de 2 observations d'induration curable du nouveau-né, B. passe en revue les travaux sur la question.

Il s'agit de placards indurés, se développant après un délai minimum de 3 ou 4 jours après la naissance, en général sur le dos, les épaules, les lombes, la partie antéro-externe des cuisses et quelquefois les tempes. Ces plaques de dimensions variables ont un léger relief, sont de couleur rouge violacée, leur consistance est caractéristique, on a l'impression d'une peau blindée ou injectée de suif. La pression décolore momentanément le placard, mais ne détermine pas de godets. Il n'y a en général pas de troubles fonctionnels. La suppuration secondaire est rare. Les plaques s'affaissent peu à peu; en 3 à 4 mois, tout a disparu. Pendant ce temps, l'état général de l'enfant est excellent et sans fièvre.

On a incriminé le traumatisme et le froid. Les lésions siègent dans le tissu cellulo-graisseux. Les cellules graisseuses, de forme et de dimensions irrégulières, contiennent des masses cristallisées en forme de rosaces ou de faisceaux formés de cristaux rhomboïdes que l'analyse chimique montre constituées d'acides gras à point de fusion élevé et de phosphates de chaux. A la périphérie des lésions, il existe une réaction inflammatoire et macrophagique.

Le mécanisme de ces lésions est encore mal précisé.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Jeanneney et **Vieroz.** ***Notre expérience clinique de la transfusion de sang citraté et conservé à la glacière*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **55**, n° 50, 16 Décembre 1934, p. 790-792). — 12 transfusions ont été faites avec du sang citraté, conservé à la glacière plusieurs jours (de 4 à 18 jours). Elles ont donné d'excellents résultats et ont été réalisées avec une remarquable facilité pratique, la transfusion étant aussi simple par ce procédé qu'une vulgaire injection intraveineuse de sérum.

Cette méthode paraît être sans danger et l'effet thérapeutique de la transfusion semble être aussi actif qu'avec du sang frais. Les cas expérimentés étaient graves et chaque fois l'état général a été admirablement remonté par la transfusion.

La transfusion de sang conservé à la glacière offre toute garantie de sécurité au point de vue de la qualité du sang injecté. Il est facile de pratiquer sur lui les réactions sérologiques nécessaires. Elle paraît vraiment très pratique. On n'a plus à chercher un donneur qui peut se trouver éloigné au moment où on a un besoin urgent de lui. Le sang citraté, contrôlé au point de vue de son asepsie, est un véritable médicament que l'on pourra toujours avoir sous la main. Cette méthode généralisée pourra rendre les plus grands services.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

H. Blanc. ***Les traitements chirurgicaux actuels de l'hypertrophie de la prostate. La prostatectomie va-t-elle disparaître ?*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **111**, n° 32, 10 Décembre 1934, p. 871-874). — Alors qu'hier, abstraction faite des vieux procédés tombés justement dans l'oubli, nous ne connaissions que la prostatectomie suspubienne en 1 ou 2 temps, nous avons à notre disposition à présent d'autres moyens agissant, soit indirectement, soit directement, sur l'adénofibrome par voie urétrale.

Parmi les méthodes indirectes actuelles, la résection des canaux déférents et la ligature interépididymo-testiculaire bilatérale ou opération de Steinarch donnent des résultats équivalents. La première cependant amène parfois la dégénérescence kystique de l'épididyme, la seconde provoquant par contre des épididymites. Au début du prostatisme, la méthode peut donner des résultats agissant sur les phénomènes d'ordre congestif et empêchant le retour des crises de rétention aiguë. Elle n'a par contre aucune action sur le volume de l'adénome, une action inconstante et relative sur les phénomènes dynamiques et un effet problématique sur l'état général. Les procédés indirects ne sont pas à retenir quand la prostatectomie est vraiment indiquée.

La résection endo-urétrale sous contrôle endo-urétral, au niveau du col urétral et de l'urètre prostatique est plus logique. Les 3 méthodes de découpage à l'emporte-pièce, de forage de la prostate ou de résection de l'adénome par les courants coupants de haute fréquence donnent des résultats identiques. Ces interventions sont longues, délicates et ne paraissent pas d'exécution plus facile ni plus rapide que la prostatectomie par des mains expérimentées. Elles ne semblent pas moins dangereuses. Les soins pré et post-opératoires ne sont pas simplifiés et le séjour en maison de santé est en moyenne deux fois plus longs que l'opération radicale. Il est difficile de se prononcer actuellement sur la valeur des résultats éloignés, la méthode étant encore trop récente.

Il semble qu'il vaille mieux réserver ces méthodes à des cas particuliers bien choisis, en dehors des indications majeures de la prostatectomie. Les contre-indications de cette dernière intervention sont d'ailleurs exceptionnelles et elle reste, jusqu'à plus ample informé, l'opération de choix lorsque l'intervention chirurgicale est indiquée.

Robert Clément.

A. Dangoumau. ***Action sur le rachitisme expérimental des pâtes de froment irradiées*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **111**, n° 32, 10 Décembre 1934, p. 875-889). — Par les deux méthodes préventive et curative, D. a montré l'efficacité antirachitique des farines irradiées sur le rat albinos soumis au régime rachitigène D, de Papenheimer.

Pour montrer l'action préventive, il remplaçait la farine commerciale du régime rachitigène par des pâtes alimentaires confectionnées au moyen de farines irradiées 5 minutes par une lampe à vapeurs de mercure. Ces pâtes, cuites une dizaine de minutes dans l'eau bouillante, étaient ensuite mêlées aux sels du régime et données à discrétion aux animaux. Ce régime était substitué au régime de Pappenheimer, après constatation du rachitisme pour apprécier la valeur curative des pâtes irradiées.

Si le rachitisme expérimental ne se développe pas ou guérit sous l'influence de ces aliments irradiés, la quantité de tissus osseux formée est moindre chez les animaux ainsi nourris que chez les individus normaux. La teneur en calcium et en phosphore se rapproche de la normale avec un léger excès de calcium.

Robert Clément.

L'ALGÉRIE MÉDICALE (Alger)

A. Lévi-Valensi. ***La bacilloscopie des expectorations et les tuberculeux pulmonaires à bacilloscopie négative*** (*L'Algérie médicale*, t. **38**, n° 84, Décembre 1934, p. 793-810). — Sur 500 tuberculeux pulmonaires, observés en 2 ans, 31 n'ont jamais présenté de bacilles de Koch, aussi longtemps qu'on ait prolongé examens directs et homogénéisation. L'inoculation au cobaye pratiquée chez 16 de ces malades s'est montrée 12 fois

positive, soit dans la proportion de 75 pour 100 des cas. Ces faits se rapportent à 5 formes de début, à 3 cas de sclérose pulmonaire diffuse à type d'emphysème et 1 de sclérose post-pleurétique, à une observation de bronchectasie tuberculeuse et à 2 tuberculoses miliaires d'évolution chronique.

L. rapporte en outre 8 observations de tuberculose ulcéro-caséeuse, avec destruction parenchymateuse importante du poumon, dans lesquelles, l'examen direct ou après homogénéisation des crachats n'a pas révélé de bacille de Koch, malgré répétition des examens, mais qui firent plus tard la preuve de la nature tuberculeuse de leurs lésions.

Ces intéressantes recherches mettent bien en évidence le danger de nier la tuberculose sur 1 ou 2 examens de crachats isolés, l'importance de la répétition des bacilloscopies et surtout de l'inoculation au cobaye. Celle-ci peut même échouer dans quelques cas. Si le seul critérium scientifique de la nature tuberculeuse d'une affection est la présence du bacille dans l'expectoration, il ne semble pas possible d'exiger ce critérium dans tous les cas.

Il faut fonder le diagnostic de la tuberculose pulmonaire sur un ensemble de constatations et non pas seulement sur la présence de bacille dans les crachats. En l'absence de bacille dans l'expectoration, il faut n'incriminer la tuberculose qu'avec prudence, après analyse minutieuse de tous les arguments, et exclusion raisonnée de tous les phénomènes qui la simulent, mais dans des cas relativement rares, on est cependant autorisé à faire ce diagnostic.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (Paris)

J. Fricker. ***La réaction de Schick. Ses rapports avec l'endémie diphtérique*** (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, t. **102**, n° 1, Janvier 1935, p. 47-119). — Cet important travail étudie d'abord les bases théoriques de la réaction de Schick et sa technique.

Si la lecture de la réaction après 48 heures, comme on l'avait d'abord proposé, prête à quelque confusion avec les réactions dues aux protéines du bouillon de culture, l'examen le 6e ou le 7e jour entraîne des erreurs plus nombreuses, car les réactions à la limite de la positivité sont à peu près complètement disparues, surtout si l'injection a été faite à la partie profonde du derme. Le 4e jour paraît être la date la meilleure.

Sur un total de 7.800 réactions faites dans divers régiments, on a trouvé l'épreuve positive dans 51 pour 100 des cas. On peut dire que la proportion des jeunes gens de 20 ans, en France, appartenant à des régions et des professions très variées, sont actuellement réceptifs dans la proportion de 51 pour 100.

Chez 212 sous-officiers dont l'âge moyen était de 28 ans, le pourcentage des Schick positifs était de 40,5 pour 100 et chez 76 officiers dont l'âge moyen était 37 ans, la proportion était de 18,4 pour 100. Si on répartit schématiquement par année d'âge, la baisse moyenne des réactions de Schick positives, on trouve, entre 20 et 28 ans, une baisse moyenne annuelle de 1,3 et entre 28 et 37 ans, une diminution moyenne par an de 2,4.

Une diphtérie antérieure n'a pratiquement aucune valeur immunisante : la proportion des réactions de Schick positive des soldats ayant eu la diphtérie dans leur enfance est de 47,3 pour 100, chiffre voisin des 51 pour 100. La saison, au cours de laquelle a été faite la recherche ne modifie pas le pourcentage de positivité de l'épreuve.

Par contre, on note au cours des 4 dernières années, une augmentation très nette de la réceptivité des jeunes gens de 20 ans, 41,6 en 1930, 50,9 en 1931, 52,2 en 1932, 53,9 en 1933.

La réceptivité pour la diphtérie varie suivant les régions de 71,4 dans le Bourbonnais à 36,7 en Alsace.

Il n'y a pas concordance entre la morbidité et la mortalité diphtérique dans chaque département. Le parallélisme est plus net entre le nombre des réactions de Schick et la mortalité. De ces 3 modes de calcul de l'endémie diphtérique, la statistique des réactions de Schick paraît la plus rigoureuse. Son parallélisme avec la mortalité diphtérique et non avec la morbidité montre que les statistiques de mortalité sont moins sujettes à erreur que celles de la morbidité; cependant la diffusion de plus en plus grande de la vaccination antidiphtérique apporte une cause d'erreur dont l'importance augmentera dans l'avenir.

Les variations de l'endémie diphtérique dans les diverses régions de France s'expliquent par la densité de la population et les conditions géographiques. Les diverses professions se comportent aussi différemment devant l'infection diphtérique.

Robert Clément.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE (Paris)

L. Weekers et **S. Lapierre.** ***Traitement des angiomes des paupières par les injections sclérosantes*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. 52, n° 1, Janvier 1935, p. 14 à 22). — Le traitement des angiomes palpébraux est délicat en raison du voisinage de l'œil et des risques de déformations des paupières après interventions, déformations entraînant fréquemment des accidents oculaires graves. L'excision au bistouri est par conséquent peu recommandable. Les scarifications parallèles applicables aux grands angiomes plats ne sont pas toujours efficaces. Les galvanocautérisations et l'électrocoagulation ne conviennent qu'aux petits angiomes. La neige carbonique ne permet pas une action profonde. Le radium et les rayons X sont très utiles, mais d'un dosage délicat. La technique des injections sclérosantes répétées est décrite et des observations montrant d'excellents résultats sont rapportées.

A. Cantonnet.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

S. Lévine (Minsk). ***Sur la question de la prophylaxie de la rougeole par le sérum d'adulte*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **10**, n° 6, Juin 1934, p. 825-833). — La mortalité par la rougeole occupe la troisième place, après celle par diphtérie et par coqueluche. Cette mortalité a été abaissée par la méthode de prophylaxie proposée par Nicolle en France, par Degkwitz en Allemagne, c'est-à-dire l'emploi du sérum de convalescents de rougeole en injection.

Étant données les difficultés à recueillir du sérum de convalescents, certains auteurs préconisent l'emploi du sérum d'adultes. Degkwitz, Rietschel expliquent l'action de ce sérum par la présence d'anticorps spécifiques. Mais si ces adultes n'ont jamais eu la rougeole, leur sérum agit peut-être uniquement en raison de la présence de protéines. Il se peut aussi que de tels sujets aient eu une forme abortive de rougeole passée inaperçue.

L. signale que le sérum d'adultes est employé avec succès dans diverses villes de l'U.R.S.S., pour prévenir la rougeole. L'immunisation qu'on obtient peut être active ou passive.

L'injection de fortes doses de sérum (60 cmc) pendant les premiers jours de l'incubation préserve l'enfant complètement, en lui conférant une immunité passive. Les doses moindres de 15 à 20 cmc injectées jusqu'au 5e jour, ou des doses plus fortes injectées du 6e au 9e jour de l'incubation, donnent lieu à une rougeole légère suivie d'une immunité active. Mais il convient de ne pas oublier que les formes même légères peuvent entraîner des complications. Aussi est-il préférable de chercher à préserver entièrement les nourrissons au-dessous de 2 ans et les enfants plus âgés affaiblis, tuberculeux, rachitiques ou exsudatifs.

L. fait observer en outre que la séro-prophylaxie de la rougeole est importante pour la conservation de la main-d'œuvre ouvrière et l'économie des fonds d'assurance sociale. Dans 5 crèches des fabriques de Léningrad, on a noté 1.207 jours de congé de mères-ouvrières en 1930 pour 140 cas de rougeole d'enfants en 1930. En 1931, après l'emploi du sérum, le nombre de jours de congé était tombé à 245 pour 32 cas.

G. Schreiber.

REVUE DE MICROBIOLOGIE APPLIQUÉE A L'AGRICULTURE, A L'HYGIÈNE ET A L'INDUSTRIE

F. Dienert, P. Etrillard et **Mme Lambert.** ***Le bactériophage dans les eaux*** (*Revue de Microbiologie appliquée à l'agriculture, à l'hygiène, à l'industrie*, t. **1**, n° 3, Novembre-Décembre 1934, p. 153-162). — D., E. et L. étudient les origines des bactériophages (bactériophages anti-Eberth, anti-para A et B, anti-Coli, anti-Shiga), leur recherche, leur culture après concentration et renforcement.

Recherchant la vitalité du bactériophage- anti Eberth dans l'eau, ils constatent qu'elle diminue rapidement d'activité. Néanmoins elle subsiste et on continue à déceler le bactériophage pendant fort longtemps. Les antiseptiques, le chlore et les hypochlorites, communément employés dans la stérilisation des eaux potables, détruisent le bactériophage de la même façon que les germes microbiens; le vert malachite employé à la dose habituelle dans les milieux de culture servant à la recherche de l'Eberth a une action sur le bactériophage, et même leurs deux actions se combinent pour détruire le bacille d'Eberth; le principe lytique anti-Eberth ne résiste pas à une ébullition de quelques minutes.

La présence du bactériophage anti-Eberth dans les eaux d'égout est à peu près constante; dans l'eau de Seine ce principe existe également, plus vivace, plus actif et plus abondant à l'aval de Paris qu'à l'amont. D., E. et L. se proposent de faire des recherches systématiques de bactériophage dans les eaux de sources, et des rivières des périmètres, afin de déceler les apports suspects par les convalescents de maladie d'origine hydrique. Si le bactériophage se décèle directement, sans culture préalable, c'est que l'apport du bactériophage est récent, et l'on détermine ainsi la présence de convalescents typhiques dont l'existence demeurerait souvent ignorée, si on ne procédait pas à cette recherche.

L'influence du bactériophage sur l'auto-épuration des rivières a donné lieu à des résultats discordants. Certains auteurs prétendent que le bactériophage joue un très grand rôle, d'autres au contraire, nient cette action. D., E. et L. estiment qu'il y a beaucoup de chances pour que le bactériophage n'agisse pas d'une manière sensible; les protozoaires et surtout les amibes, toujours présents dans les eaux contaminées, ont une bien plus grande action dans cette auto-épuration.

J. Couturat.

Paul Hauduroy. ***Action du froid sur les bactéries*** (*Revue de microbiologie appliquée à l'agriculture, à l'hygiène et à l'industrie*, t. **1**, n° 3, Novembre-Décembre 1934, p. 174-181). — Il. se

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

L'Eau de Régime la plus active des Vosges

GOUTTE - GRAVELLE - DIABÈTE - ARTHRITISME

Par son **action combinée** sur le **Foie** et les **Reins,** l'Eau de la Source Pavillon, **éminemment diurétique** et **cholagogue, élimine l'acide urique,** combat la constipation et **régularise les actes de la nutrition.**

DYSPEPSIES STOMACALES



TRIDIGESTINE DALLOZ

EDITIONS PAUL MARTIAL · PARIS

MALT BARLEY

BIÈRE de SANTÉ, non alcoolisée

Phosphatée, Tonique, Digestive

Se consomme comme boisson ordinaire

Maladies de l'estomac — Intestin — Anémie
Convalescence
Maigreur — Suralimentation des nourrices

MALTASE FANTA

Extrait sec de malt préparé à froid et dans le vide.

Doses : ***3 à 6 cuillerées à C. pro die***

DYSPEPSIES — ALIMENTATION INFANTILE
SURALIMENTATION DES MALADES
GALACTOGÈNE

BIÈRE SPÉCIALE POUR NOURRICES

NON ALCOOLISÉE

ORGE MALTÉ CONCASSÉ POUR INFUSIONS
(MALADIES DE L'ESTOMAC)

BRASSERIE FANTA

77, route d'Orléans, MONTROUGE (Seine)

Téléphone : ALÉSIA 43-50 (2 lignes groupées)

DIGILANIDE "SANDOZ"

Totum digitalique cristallisé du Digitalis lanata

Complexe cristallisé, isomorphe des trois glucosides initiaux du Digitalis lanata.

Indications : TOUTES LES INSUFFISANCES CARDIAQUES

SOLUTION (voie gastrique) : Doses fortes, doses moyennes, doses faibles et prolongées (voir prospectus).
Doses moyennes : 1/2 c.c. ou XX gouttes 3 fois par jour, pendant 2 à 3 jours. A renouveler tous les 8, 15 à 21 jours.
AMPOULES de 4 c.c. (voie veineuse) : Une injection de 3 à 4 c.c. par jour pendant 2 à 3 jours.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (XVIIe) — B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

propose de rechercher si l'action du froid sur les bactéries est parfaitement connue, si leur vitalité est atteinte, leurs fonctions physiologiques complètement arrêtées. Certaines bactéries n'échappent-elles pas plus ou moins à son action? Quels froids faut-il utiliser pour assurer une conservation certaine et prolongée des matières alimentaires.

Dans une première partie II. examine :

a) l'action du froid sur la vitalité des bactéries visibles. Dans l'ensemble, les basses températures (au-dessous de 20) n'ont pas d'action sur la vitalité des microbes étudiés, que le contact soit court ou relativement prolongé. Des températures froides, maintenues pendant longtemps mais voisinant 0°, seraient plus dangereuses. Enfin chaque germe aurait une sensibilité individuelle, variable peut-être avec la toxicité de la souche envisagée. Nombre de facteurs, ayant certainement une influence considérable sur la vitalité des germes soumis à l'action du froid, doivent être étudiés systématiquement : nature de milieu de culture, pH de ce milieu.

b) Action du froid sur la vitalité des ultravirus. Les ultra-virus sont extrêmement résistants à l'action du froid, qu'il s'agisse de température voisinant 0° (0° à — 20°), ou de températures beaucoup plus basses. Le froid semble même être un des meilleurs moyens de conservation de ces virus qui sont détruits en des temps relativement courts aux températures supérieures à 0° (+ 10°, + 20°).

J. Couturat.

JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (Bruxelles)

P. Destrée et **J. Godart** (Bruxelles). ***Le repas peptoné, l'histamine et l'insuline dans l'étude de la sécrétion gastrique*** (*Journal belge de Gastro-entérologie*, t. 2, n° 10, Décembre 1934, p. 727-742). — L'examen de la sécrétion gastrique par le repas peptoné et les prélèvements répétés à l'aide de la sonde capillaire sont un progrès sur le repas d'Ewald et le tube de Faucher, mais apportent moins d'enseignement que les épreuves à l'histamine et à l'insuline.

L'injection sous-cutanée de 1 milligramme d'histamine est la meilleure méthode d'étude de la sécrétion gastrique. Elle permet de recueillir un suc pur, convenant fort bien à tous les examens de laboratoire. C'est une méthode sans danger, peu désagréable, qui provoque une hypersécrétion considérable, rapide et ne se prolongeant pas au delà d'une heure et demie. L'hypersécrétion est surtout marquée chez les ulcéreux. Chez les cancéreux gastriques et dans l'anémie de Biermer, il n'y a augmentation ni de la chlorhydrie, ni de la sécrétion. Chez les hyposécrétants, l'histamine réveille une sécrétion déficiente et permet de classer ces cas en hyposécréteurs fonctionnels et hyposécréteurs par lésion glandulaire.

L'injection sous-cutanée de 20 unités d'insuline donne aussi un suc gastrique pur, mais elle peut provoquer des troubles hypoglycémiques qui, s'ils ne sont pas dangereux, sont désagréables. Elle provoque parfois une hypersécrétion tardive ne se terminant que 3 à 4 heures après le début de l'épreuve. Son action est inconstante et irrégulière.

La sécrétion insulinienne apparaît au moment de l'hypoglycémie; l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion ne sont cependant pas en rapport avec l'hypoglycémie et semblent dépendre de l'excitabilité plus ou moins grande du pneumogastrique. L'insuline peut servir à différencier les sympathicotoniques des vagotoniques.

Dans l'ulcère du duodénum, les réactions à l'insuline se sont montrées supérieures à celles de l'histamine. Par contre les réactions à l'histamine sont plus importantes dans les cas d'hypotonie chez les nerveux déprimés et les hyposécrétants.

Robert Clément.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Merio. ***Diagnostic radiologique des lésions de la base du crâne au cours des états leucémiques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 40, 5 Octobre 1934, p. 1189-1192). — Relation de l'histoire d'une jeune fille de 24 ans chez laquelle on constata, en coïncidence avec d'intenses céphalées, une stase papillaire marquée. L'examen radiologique de la base du crâne mit en évidence une selle turcique normale, mais dans la région parasellaire une ombre qui fit penser à un craniopharyngiome pour lequel elle subit un traitement radiothérapique; par la suite, un examen hématologique montra les anomalies suivantes: anémie à 1.240.000; 21.000 leucocytes avec 91 pour 100 de lymphocytes. Il s'agissait donc d'une leucémie lymphoïde subleucémique s'accompagnant de productions lymphoïdes à la base du crâne, amenant ainsi une hypertension intracranienne qui fut le premier signe de la maladie. L'examen radiologique rendit compte de cette infiltration, ainsi que d'un degré marqué d'ostéoporose, généralisé d'ailleurs à tous les os de l'économie.

G. Basch.

Winkler. ***Contribution à l'étude clinique de la tuberculose du système nerveux central*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 40, 5 Octobre 1934, p. 1206-1209). — W. relate 2 cas de tuberculose du système nerveux qui lui paraissent s'écarter des schémas classiques: l'un concerne une femme de 52 ans entrée à l'hôpital dans le coma, et décédée au bout de 24 heures. L'autopsie mit en évidence une tuberculose pulmonaire bilatérale et les lésions cérébrales suivantes: œdème cérébral, distension des ventricules et de la grande citerne; la pie-mère présente une infiltration inflammatoire surtout périartérielle, avec foyers de cellules épithélioïdes; point particulier, on ne mit en évidence aucune lésion caractéristique tuberculeuse.

La deuxième observation est celle d'une femme de 24 ans qui présenta une amaurose avec œdème papillaire bilatéral; puis apparut une paraplégie flasque, réalisant les signes d'une myélite transverse. La malade succomba au bout de trois mois du fait de sa myélite et d'une tuberculose pulmonaire excavée bilatérale. L'examen microscopique de la moelle mit surtout en évidence des foyers de ramollissement avec formation de cellules pseudo-xanthomateuses typiques. Là encore, pas de follicules tuberculeux, pas de bacilles de Koch, mais image de myélomalacie. Il faut rapprocher de ces cas les lésions médullaires observées au cours des maux de Pott, dont W. rapporte un cas de diagnostic spécialement malaisé, puisque ce n'est que peu de temps avant la mort que l'examen radiologique put mettre enfin en évidence l'ombre d'un abcès ossifluent.

G. Basch.

Tschilow. ***Lésion rénale au cours d'une hypochlorémie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 44, 2 Novembre 1934, p. 1324-1326). — Un homme de 55 ans, opéré trois ans auparavant pour un ulcus duodénal, voit réapparaître ses troubles digestifs. Il vomit sans arrêt et présente de ce fait un état hypochlorémique marqué; malgré une cure de rechloruration, il succombe dans un coma azotémique et hypochlorémique; l'autopsie met en évidence une sténose duodénale, et l'examen anatomique des reins montre des lésions très accentuées de néphrose dégénérative avec dépôts calcaires. On peut se demander si ces lésions rénales sont secondaires à l'hypochlorémie qu'ont provoquée les vomissements incessants.

G. Basch.

Horneck. ***Un cas de dilatation monstrueuse de l'oreillette gauche*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 45, 9 Novembre 1934, p. 1348-1349). — Il s'agit du compte rendu nécropsique d'une femme de 53 ans, morte d'insuffisance cardiaque avec myocardite, et ayant présenté une insuffisance mitrale et une néphrite chronique. A l'autopsie, le péricarde contient 100 cmc de liquide; le cœur a 4 fois le volume du poing, dépasse la ligne médiane de 6 cm. 5 à droite, mais la dilatation de l'oreillette gauche est spécialement marquée; il existe un degré important de thrombose cardiaque. H. attire l'attention sur le débord de l'oreillette gauche vers la droite, en arrière de l'oreillette droite, anomalie donnant lieu à la radio à un double contour qu'on est tenté d'attribuer à cette dernière. Un point intéressant est également la dilatation de l'artère pulmonaire.

G. Basch.

Wachner. ***Varices œsophagiennes*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 45, 9 Novembre 1934, p. 1349-1352). — On sait l'importance du diagnostic étiologique de l'hématémèse et la difficulté qu'il y a à rattacher ce symptôme à la présence de varices œsophagiennes, témoin d'une hypertension portale. Tout dernièrement, et grâce au perfectionnement des techniques radiologiques permettant de rendre visibles les plis des muqueuses, on a pu affirmer, d'après la radiographie, la présence de varices qui furent vérifiées à l'autopsie. On trouve sur le film des ombres d'épaisseur variable, à trajet tortueux, non constantes, mais réapparaissant au même endroit; les nœuds variqueux, les hématomes sous-muqueux, donnent lieu à d'autres images d'interprétation assez délicate. Deux clichés, montrant ces aspects et illustrant deux observations de cirrhose hépatique avec varices œsophagiennes, complètent l'article.

G. Basch.

Musger. ***Traitement par le radium de l'induration plastique du pénis*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 45, 9 Novembre 1934, p. 1352-1354). — Depuis 1922 déjà, et spécialement à la suite des travaux de Kumer, on traite avec de bons résultats l'induration plastique du pénis par le radium; seuls restaient justiciables de l'opération chirurgicale les cas dans lesquels on retrouvait au sein des placards indurés des formations calcaires, cartilagineuses ou osseuses. Encore y a-t-il lieu, même dans ces cas, de pratiquer un traitement post-opératoire par le radium pour prévenir des récidives. La statistique de M. porte sur 120 cas (qui englobent tous ceux déjà décrits). La maladie frappe les sujets de 20 à 71 ans, mais plus fréquemment entre 40 et 60 ans, et donne lieu à des douleurs au moment de l'érection, et à une gêne plus ou moins marquée lors du coït. Le traitement a consisté à diriger sur les placards indurés des radiations à feux croisés à l'aide de tubes de Dominici, les doses de début étant de 30 à 40 milligr.-heure. Les résultats sont excellents à condition de recourir à un assez grand nombre d'irradiations; la guérison est d'autant plus rapide et plus complète qu'il n'y a pas de dépôts calcaires surajoutés, ce qu'il est facile de vérifier par l'examen radiologique.

G. Basch.

Wolf. ***Contribution à l'étude des nodosités juxta-articulaires*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 47, 23 Novembre 1934, p. 1420-1423). — Cliniquement bien définies, les nodosités

juxta-articulaires sont de pathogénie imprécise; W. a eu l'occasion de suivre longtemps un sujet de 34 ans sans antécédents personnels et héréditaires notables, mais qui vécut pendant un an dans la zone tropicale de l'Amérique du Sud; l'année suivante, il présenta un chancre syphilitique avec Wassermann négatif; sa syphilis fut bien traitée, la sérologie restant négative ainsi que le liquide céphalo-rachidien. Un an plus tard apparaissent des nodules le long des doigts, puis des coudes, pris d'abord pour des chéloïdes; ces nodosités sont transparentes aux rayons X. Par ailleurs, l'examen ne montre rien de particulier, mais les diverses séro-réactions sont positives. Il apparaît que la localisation des nodules est en rapport avec un traumatisme habituel (le malade conduit sa voiture plusieurs heures par jour). Quant à la pathogénie de cette affection, faut-il la rattacher à une maladie tropicale telle que la frambösia ou plutôt la considérer comme liée à la syphilis du malade, puisque celle-ci la précéda de 1 an ? L'examen biopsique mit en évidence une infiltration lymphocyto-plasmocytaire périvasculaire. Il semble à l'auteur que si le traumatisme peut être justement incriminé dans ce cas, il subsiste néanmoins encore des inconnues dans la production de cette curieuse affection.

G. Basch.

Raab. ***Apparition d'une maladie de Basedow après une intoxication par l'oxyde de carbone*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 49, 7 Décembre 1934, p. 1482-1485). — Une femme de 39 ans présente une intoxication accidentelle par l'oxyde de carbone ayant consisté en vomissements, céphalée, et faiblesse des membres inférieurs, pour laquelle elle fut hospitalisée pendant 4 semaines. On vit de façon précoce, au bout d'une semaine d'hospitalisation, le corps thyroïde se tuméfier, le pouls augmenter de fréquence, en même temps qu'apparaissait un amaigrissement de 10 kilogr. Le métabolisme était à + 55. Cette maladie de Basedow caractérisée s'améliora progressivement, mais une rechute survint au bout d'un an. Il semble bien qu'en l'absence de toute autre étiologie, on doive rattacher ce goitre exophtalmique à l'intoxication oxycarbonée; sans doute, le corps thyroïde a-t-il été lésé par l'intermédiaire du système nerveux central si particulièrement sensible à l'oxyde de carbone. R. pense donc qu'il s'est agi d'une mésencéphalite oxycarbonée ayant retenti sur les fonctions thyroïdiennes.

G. Basch.

Winkler. ***Œdème de Quincke et achylie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **47**, n° 50, 14 Décembre 1934, p. 1513-1515). — Les œdèmes localisés du type de l'urticaire géante posent des problèmes pathogéniques souvent insolubles, mais dans lesquels on s'efforce de retrouver des facteurs endocriniens ou métaboliques. La malade de 22 ans, dont W. relate l'observation, vit apparaître ces troubles à l'âge de 17 ans; l'œdème apparaissait tantôt sur les membres, tantôt sur le visage, et ne variait pas d'intensité malgré différentes opérations endonasales. L'examen ne montra rien de particulier bien qu'il ait été très détaillé (radiographies craniennes, Wassermann P. L., etc.). Le métabolisme était normal, ainsi que l'épreuve de la diurèse provoquée. Mais l'étude de l'appareil digestif mit en évidence une hypochlorhydrie manifeste, s'accompagnant, ainsi qu'il est habituel, d'un certain degré d'entérite avec un trouble important de la digestion des graisses. La malade fut mise à un régime pauvre en cellulose qui n'amena pas non plus de résultat bien net. Néanmoins, à la suite de la mise en action combinée d'un régime déchloruré et de cures de novurit, on vit les œdèmes disparaître de façon durable. W. pense donc que l'œdème de Quincke peut être conditionné par un trouble du métabolisme du chlorure de sodium.

G. Basch.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Schreiner. ***Erysipéloïde à foyers multiples*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 3, 19 Janvier 1935, p. 77-80). — On a rarement signalé des foyers multiples dans l'érysipéloïde. S. en rapporte 2 cas.

Une femme de 46 ans se blesse au médius gauche, en tuant un porc; quelques jours après, gonflement et rougeur violacée du doigt; puis le lendemain, après un léger frisson, apparaissent une plaque arrondie, rouge violacée, sur le front, grande comme une paume de main et une conjonctivite aiguë de l'œil gauche. Le surlendemain, nouveau foyer à la nuque et au dos, accompagné de douleurs. Ganglions axillaires gonflés, non douloureux.

Le diagnostic d'érysipéloïde fut confirmé bactériologiquement par l'examen de fragments de tissus excisés.

Des injections de sérum du rouget du porc amenèrent la guérison.

Il est à noter que le mari de la malade eut également en même temps un érysipéloïde, sans doute d'origine identique, et qui disparut sans traitement en 8 jours.

Le deuxième cas d'érysipéloïde a trait à une femme de 58 ans qui présentait 2 foyers distincts, l'un au pied droit et à la jambe droite, l'autre à l'avant-bras droit.

Il est probable que ces foyers multiples sont dus à la propagation du virus par les voies lymphatiques, sans manifestations visibles de la peau.

R. Burnier.

W. Reinhard. ***Une forme chronique de lésions bulleuses de la muqueuse buccale*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 3, 19 Janvier 1935, p. 80-83). — Un homme de 22 ans, dont l'état général est très satisfaisant, est atteint depuis 1 an de lésions bulleuses à répétition de la muqueuse buccule, laissant après elles une disparition de l'épithélium, sans douleurs ni prurit; les dents sont en bon état; pas de gingivite marginale ni de stomatite; amygdales normales. Tous les traitements, et en particulier les injections de germanine, demeurèrent sans effet.

Le diagnostic de ce cas est particulièrement difficile.

On peut éliminer le *pemphigus chronique*, dont le pronostic est grave et qui n'est pas strictement localisé à la bouche. Le malade de R. n'a pas d'éosinophilie et son état général est bon.

La bénignité de l'affection parlerait en faveur d'une *maladie de Duhring;* mais celle-ci s'accompagne de lésions cutanées, très polymorphes et de troubles subjectifs.

On pourrait penser à une *épidermolyse bulleuse;* mais celle-ci n'est pas strictement localisée à la bouche; il y a des manifestations dystrophiques des ongles et de la peau, qui font défaut chez le malade de R., ainsi que le signe de Nikolsky. Enfin, l'épidermolyse bulleuse est une maladie familiale, apparaissant dans le jeune âge, alors que chez le malade de R. il s'agit d'une forme acquise.

R. élimine également les lésions d'ordre toxique ou nerveux, absentes chez son malade.

R. pense plutôt à une lésion bulleuse mécanique tardive, au sens de Siemens, et qu'il appelle *épithéliolyse bulleuse acquise* de la muqueuse buccale.

R. Burnier.

W. Richter. ***Urticaire par le chaud*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 5, 2 Février 1935, p. 129-136). — Un homme de 35 ans, vêtu seulement d'un caleçon de bain, s'expose au soleil et présente quelques jours après un coup de soleil très marqué sur toutes les parties découvertes. Après desquamation de la peau, le malade reprend son travail. 15 jours plus tard apparaît brusquement, sans troubles gastro-intestinaux, une urticaire généralisée avec rougeur et prurit intense, surtout marqué à la chaleur du lit et empêchant le sommeil. La région du corps, qui avait été recouverte par le caleçon, était indemne. Mais des lésions urticariennes apparurent, lorsqu'on eut exposé cette région à la lumière solaire.

On a discuté longuement pour savoir s'il fallait rattacher l'urticaire par le chaud aux maladies allergiques ou à une neurovasopathie, au sens d'Urbach et Fasal. Les essais négatifs de transmission de la maladie à des sujets sains, l'absence d'éosinophilie ne parlent pas en faveur des maladies allergiques.

R. a pu obtenir chez son malade une guérison en le désensibilisant progressivement par des expositions à la chaleur en augmentant chaque fois de une minute le temps d'exposition et de 1/2 degré la température. Au bout de 15 séances, l'urticaire disparut et aucune récidive n'est apparue depuis 4 mois.

R. Burnier.

Marschall. ***Métastases cancéreuses cutanées sur un territoire irradié par les rayons X dans le cancer des lèvres et des ganglions*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 5, 2 Février 1935, p. 137-141). — Un homme de 59 ans, très grand fumeur de pipe, fut opéré en 1926 d'un cancer de la lèvre inférieure avec curettage des ganglions régionaux. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

Récidive en Mars 1928, avec noyaux dans la lèvre inférieure et ganglions sous-maxillaires. Nouvelle extirpation sous anesthésie locale.

En Août 1934, récidive d'une tumeur dure et douloureuse dans la région du maxillaire inférieur recouverte d'une peau rouge, enflammée.

On commence un traitement par les rayons X; en Septembre 1934, les ganglions de la moitié droite du cou se ramollissent; en Octobre apparaît une dissémination de noyaux métastatiques sur la moitié droite de la face et du cou; les ganglions se fistulisent; l'état général du malade s'aggrave et le malade meurt le 31 Octobre 1934.

M. attribue ces métastases à la radiothérapie. Les rayons X ont fortement ramolli les ganglions cervicaux qui se sont ultérieurement abcédés; ils ont également altéré les vaisseaux capillaires et lymphatiques de la peau irradiée, favorisant la dissémination de nouveaux noyaux métastatiques.

R. Burnier.

Lomholt (Copenhague). ***Régression de la syphilis au Danemark de 1919 à 1933*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 6, 9 Février 1935, p. 173-176). — Les courbes montrent une diminution progressive, avec une petite pointe, en 1926, de la syphilis acquise et héréditaire au Danemark.

En 1919, on comptait 4.500 cas de syphilis acquise pour tout le Danemark (3.000 à Copenhague et 1.500 en province). En 1933, le chiffre est tombé à 700 (200 à Copenhague et 500 en province).

En 1920, on comptait pour tout le Danemark 280 cas de syphilis héréditaire (150 à Copenhague et 125 en province); en 1933, le chiffre est tombé à 29 (11 à Copenhague et 18 en province).

Il est à noter que sur les 200 cas de syphilis constatés à Copenhague en 1933, beaucoup de syphilis ont été contractées en dehors du Danemark ou introduites par des visiteurs étrangers.

Cependant, de temps en temps, on constate de nouvelles petites épidémies.

La régression de la syphilis au Danemark peut être attribuée à 2 facteurs principaux :

1° Le traitement des maladies vénériennes est obligatoire au Danemark depuis 1906, quelle que soit la situation de fortune du malade; à Copenhague, 70 pour 100 des syphilitiques sont soignés par des spécialistes qui sont rétribués par la ville ou par l'Etat. D'autre part, des sanctions pénales punissent le délit de contamination. Toute personne qui sait ou qui suppose qu'elle est atteinte d'une maladie vénérienne contagieuse doit observer une abstinence sexuelle absolue.

2° Le mode de traitement employé : tous les cas de syphilis récentes sont traités par des doses massives de salvarsan allemand ou de néosalvarsan (60 à 75 centigr. de néosalvarsan pour les hommes, 45 à 60 centigr. pour les femmes). On s'inquiète davantage de la quantité de médicament employé pour une injection que de la dose totale injectée. Depuis que cette méthode est utilisée, on n'a pas observé au Danemark un seul cas de syphilis arsénorésistante. Les cas d'intoxication arsenicale sont très rares et n'ont presque jamais entraîné la mort du malade.

R. Burnier.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

L. Davidson, R. Campbell, Ch. Rae et J. Smith. ***La maladie de Weil (leptospirochétose)*** [*British medical Journal*, n° 3859, 22 Décembre 1934, p. 1137-1142]. — 90 cas de maladie de Weil ont été observés à Aberdeen. 30 cas sont survenus chez des sujets employés dans des poissonneries. L'étiologie est patente : la protection contre les rats, dans ces établissements, n'est pas assurée.

Les symptômes classiques ont été rencontrés : ictère avec réaction directe ou biphasique de Van den Berg, polynucléose, néphrite aiguë qui se signale par une légère albuminurie, cylindres granuleux dans l'urine et une élévation de l'urée sanguine.

Le diagnostic, difficile à faire au début avec l'influenza, une angine aiguë, a été confirmé dans 50 cas par les réactions bactériologiques et sérologiques.

Des résultats favorables ont été enregistrés avec la sérothérapie au début de la maladie, dès les trois premiers jours.

André Plichet.

Brandford Morgan. ***Septicémie consécutive à une tonsillectomie*** (*British medical Journal*, n° 3859, 22 Décembre 1934, p. 1145-1147). — L'ablation des amygdales n'est pas toujours sans complications. D'une façon générale, cette opération, pratiquée soit dans le milieu familial, soit dans les maisons de santé, se passe sans incident ; mais, à l'hôpital, en raison du terrain défectueux, du milieu, on doit redouter les complications infectieuses dont la plus grave est la septicémie à streptocoques.

M. rapporte 11 cas de complications graves survenues chez des enfants entre 2 et 10 ans, avec 7 cas de mort. La source de cette infection réside dans le rhino-pharynx. Au lieu d'hospitaliser les enfants 24 heures comme on le fait d'habitude, M. les tient sous sa surveillance 3 jours en été et 5 en hiver. De cette façon, il a réduit la mortalité d'une façon importante.

André Plichet.

Marion B. Richards. ***Le rôle de la vitamine A dans la nutrition*** (*British medical Journal*, n° 3863, 19 Janvier 1935, p. 99-102). — Pendant 20 ans, il a été généralement admis que la vitamine A était une vitamine de croissance. Cette croyance était basée sur le fait que la carence en vitamine A provoquait un arrêt de l'augmentation de poids. Green et Mellanby ont montré que si le poids fléchissait chez un animal carencé en vitamine A, c'est qu'il s'était développé chez lui une infection. La tendance actuelle est de regarder la vitamine A comme une vitamine anti-infectieuse.

R. a nourri un lot de 37 jeunes rats avec un régime carencé en vitamine A. Au bout de 3 à 4 semaines, 75 pour 100 montraient des lésions microscopiques du duodénum, de l'intestin grêle, du cæcum, de la région glandulaire de l'estomac, avec des suffusions hémorragiques et même avec des ulcères au début.

Dans un autre lot de 64 jeunes rats, il trouva, précocement, 56 pour 100 d'abcès de la langue, 83 pour 100 d'inflammation du cæcum, 23 pour 100 avec une ulcération du cæcum et dans 81 pour 100 des cas il trouva une kératose définitive ou une ulcération de l'estomac.

Chez les rats plus âgés où le stockage de la vitamine A avait pu se faire, il fallut tenir les rats plus longtemps au régime carencé pour obtenir des lésions semblables à celle des jeunes rats. Les lésions du tube digestif dominaient encore. Si à ces animaux on redonne un régime ordinaire auquel on ajoute des vitamines A sous forme d'huile de foie de morue, le poids cesse de fléchir, mais les lésions digestives persistent.

Chez l'homme, la déficience en vitamine A ne crée pas seulement la xérophtalmie et l'héméralopie, mais encore une moindre résistance à l'infection. Des lésions ulcératives des côlons, associées à l'inflammation de la cornée et de la conjonctive, ont été décrites par différents auteurs. Il y a un parallélisme entre les lésions que l'on observe chez le rat et celles que l'on observe en pathologie humaine. Les troubles digestifs si fréquents chez les enfants peuvent relever de l'avitaminose A et chez l'adulte, les ulcères gastriques et duodénaux ont été rattachés à cette origine par certains auteurs.

André Plichet.

J. F. Wilkinson et M. Israëls. ***L'anémie achrestique (anémie par défaut d'utilisation)*** [*British medical Journal*, n° 3864 et 3865, 26 Janvier 1935 et 2 Février 1935, p. 139-143 et 194-197]. — Les travaux des dernières années ont rendu plus précise la définition de l'anémie pernicieuse. Elle est maintenant considérée comme un syndrome caractérisé par une anémie mégalocytique, une achylie gastrique, des troubles fréquents du système nerveux central ou périphérique et par une réponse au traitement par les facteurs anémiques présents dans le foie ou dans la muqueuse gastrique. L'anémie pernicieuse survient quand il y a une déficience de l'enzyme gastrique ou une déficience de certains facteurs extrinsèques fournis par la nourriture. Certaines anémies ne guérissent pas par l'absorption de foie ou de muqueuse gastrique. La mise au point depuis 1931 d'extraits qui peuvent être employés par la voie parentérale a réduit considérablement le nombre d'anémies résistantes à l'hépatothérapie. Cependant, on en trouve encore de cette sorte ; ou bien alors le traitement est insuffisamment poussé, ou bien il s'agit d'une anémie d'un autre type.

Dans une série de 600 cas, W. et I. ont trouvé 7 cas qui ressemblent en tous points à l'anémie pernicieuse et ne répondirent pas au traitement. Ils ont appelé ces cas anémie achrestique c'est-à-dire anémie par défaut d'utilisation des dépôts de principes antianémiques responsables de la maturation correcte des mégaloblastes.

Ces 7 cas présentaient de la dypsnée, des palpitations ; les troubles digestifs manquaient ainsi que la glossite, les troubles nerveux et la fièvre. L'analyse du suc gastrique établit la présence d'acide chlorhydrique libre avec une augmentation de sécrétion sous l'action de l'histamine.

Dans 4 cas, les globules rouges étaient descendus au-dessous de 2 millions. Le diamètre moyen des hématies variait entre 7,78 et 8,43 μ. On rencontrait des hématies nucléées et quelques hématies ponctuées. Il y avait anisocytose, poïkilocytose, polychromatophilie. Le chiffre des réticulocytes, sauf après une hépatothérapie intense, était extrêmement bas.

Le traitement consista en des injections d'extrait de foie à la dose de 4 à 8 cmc par semaine, en la prise quotidienne de poudre d'estomac à la dose de 15 gr. et des transfusions répétées, qui ont tiré les malades de périodes critiques.

L'évolution de cette anémie est longue. Les rechutes se produisent dès qu'on laisse le traitement. Il faut faire des numérations globulaires tous les 15 jours et surveiller le malade de près.

Le diagnostic doit se faire avec l'anémie pernicieuse dont elle se distingue par la présence d'HCl libre dans le suc gastrique et dans l'échec de l'hépatothérapie ordinaire, avec la jaunisse acholurique, l'anémie hémolytique de Lederer, l'anémie hémolytique de la grossesse, la maladie d'Hodgkin, l'anémie aplastique dont l'évolution est plus rapide et où il y a absence complète de régénération du sang, avec les maladies du foie, le carcinome du tube digestif.

Il ne semble pas que cette anémie soit due à une destruction excessive du sang par un agent hémolytique, mais bien plutôt à une maturation défectueuse des érythrocytes, et à un défaut d'utilisation des substances antianémiques qui, fabriquées dans l'estomac sont stockées au niveau du foie.

André Plichet.

G. Kinneard. ***La diphtérie dans les pays tropicaux*** (*British medical Journal*, n° 3865, 2 Février 1935, p. 201-202). — La diphtérie est considérée comme rare dans les pays tropicaux ; cependant si on consulte les tables de mortalité des colonies britanniques, on voit qu'elle n'est pas totalement inconnue, que le pourcentage de mortalité est important, que les pays où domine la race nègre sont relativement indemnes.

Chez les noirs en effet on remarque une plus grande résistance à l'infection. La réaction de Schick est presque toujours négative chez les petits nègres. (90 pour 100 chez eux au lieu de 68 pour 100 chez les enfants blancs), et cependant chez eux les porteurs de bacilles diphtériques virulents sont nombreux. Les noirs semblent faire une diphtérie qui évolue à bas bruit. Le médecin colonial doit tenir compte de ces données pour ne pas méconnaître la diphtérie dont peuvent être atteints aux colonies les enfants blancs.

André Plichet.

THE LANCET (Londres)

B. E. Spear. ***La périodicité de l'influenza*** (*The Lancet*, n° 5807, 15 Décembre 1934, p. 1331-1333). — Connaître la périodicité de l'influenza serait intéressant pour les hôpitaux, pour les services d'hygiène. Les conclusions auxquelles aboutit l'analyse des épidémies londoniennes pendant 44 ans sont les suivantes : Quand une épidémie d'influenza commence à diminuer à l'approche de l'été, elle sera suivie dans les six mois d'une seconde épidémie ; quand une épidémie d'influenza a lieu dans les six mois qui précèdent le solstice d'hiver (22 Décembre), il n'y aura pas d'épidémie pendant l'année qui suivra ; la mortalité la plus grande se trouve, en général, vers la 7e et 11e semaine de l'épidémie.

André Plichet.

A. G. Yates. ***Le traitement du tabes par la malaria*** (*The Lancet*, n° 5807, 15 Décembre 1934, p. 1335-1337). — Après les succès de la malaria-

thérapie dans la paralysie générale, on a essayé d'appliquer cette thérapeutique aux autres manifestations de la neuro-syphilis et en particulier au tabes; mais, jusqu'ici, les succès ont été moindres. Il est d'ailleurs difficile de dire, dans une maladie qui a des rémissions spontanées, si un traitement agit.

Y. a observé 32 cas de tabes traités par la malariathérapie et 24 cas traités par l'arsenic, le bismuth, le mercure, pendant une période de 2 à 5 ans. En se basant sur les symptômes objectifs, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et albumine, la malariathérapie a donné de bons résultats dans les cas où le tabes était de date récente et où le liquide céphalo-rachidien présentait plus de 30 cellules par millimètre cube et une assez forte proportion d'albumine, en un mot dans le tabes évolutif. Le pourcentage de cas heureux avec la malariathérapie semble plus important que celui obtenu dans le tabes traité par les méthodes classiques. Il est à remarquer que l'action de celles-ci est plus efficace également dans les tabes évolutifs que dans les tabes fixés.

André Plichet.

W. Maile et **K. Scott.** ***La digestibilité des aliments usuels déterminée par la radiographie*** (*The Lancet*, n° 5810, 5 Janvier 1935, p. 21-23). — En ajoutant aux aliments 15 gr. environ de baryum, M. et S. ont entrepris l'étude de la digestibilité des aliments composant nos repas, par des radiographies en série. Ils ont constaté qu'un repas ordinaire quitte l'estomac au bout de 4 heures, qu'un fort repas le quitte au bout de 5 heures. Un repas ordinaire, mais contenant beaucoup de beurre ou de crème, est retenu plus longtemps dans l'estomac. Les hydrates de carbone concentrés tels que le sucre restent moins longtemps dans l'estomac que les hydrates de carbone naturels comme les bananes et les pommes de terre. La cuisson raccourcit la digestibilité de certains aliments, l'augmente pour d'autres. Les graisses en quantités anormales prolongent le temps de séjour d'un repas.

La lenteur de la digestion gastrique ne peut être prise comme mesure de la digestibilité. C'est ainsi que le lait reste plus longtemps dans l'estomac que la viande, les œufs ou la salade.

En prenant le petit déjeuner à 8 h. 30, l'estomac est complètement vide à 12 h. 30, aussi le déjeuner à 13 heures est-il rationnel. Mais après le déjeuner, l'estomac est plein jusqu'à 5 h. 30 ou 6 heures, aussi le thé de 5 heures n'est-il pas justifié.

La sensation de faim paraît être indépendante des contractions péristaltiques et peut se produire même avec un résidu alimentaire dans l'estomac.

André Plichet.

Freewen Moor. ***La chute du métabolisme : une cause de mort du vieillard*** (*The Lancet*, n° 5814, 2 Février 1935, p. 257-258). — Chez le vieillard, on observe souvent le tableau clinique suivant : malade un peu confus, voulant sortir à chaque instant de son lit, ne mangeant rien, ne buvant rien, ne dormant pas, se croyant en dehors de chez lui, mais raisonnant normalement par ailleurs, constipé, la langue sèche. Cet état survient spontanément, souvent cependant à la convalescence d'une maladie. Ce syndrome a un pronostic fatal. La mort survient en 2 ou 3 semaines.

On a attribué ce syndrome à l'urémie, à une défaillance du cœur. A la vérité, la pathogénie et la biochimie de ces états sont encore inconnues. Il semble d'après M. que ce soit dû à une chute du métabolisme général.

Au point de vue thérapeutique, il faut libérer l'intestin, faire dormir et faire boire le malade par tous les moyens.

André Plichet.

J. S. Mitchell. ***Un cas de tétanos traité par la curarine*** (*The Lancet*, n° 5814, 2 Février 1935, p. 262-264). — Le traitement du tétanos par la curarine n'est pas encore codifié. Il faut tout d'abord neutraliser la toxine par la dose adéquate d'antitoxine que l'on administrera par la voie intraveineuse. Il faut isoler le malade pour le mettre à l'abri des excitations extérieures, procéder à l'épluchage de la plaie sous anesthésie à l'avertine et prolonger cette anesthésie par la morphine ou drogues similaires, calmer l'excitation spinale par les bromures et réduire les spasmes musculaires en bloquant les fonctions myoneurales par le curare.

On peut se servir du chlorhydrate de curarine à la dose d'un dixième de milligramme toutes les 4 heures, en augmentant progressivement la dose jusqu'à 1/2 milligramme toutes les 4 heures.

M. rapporte le cas d'un ouvrier de ferme atteint de tétanos suite d'une blessure du pouce. On commença à le traiter le 12e jour après sa blessure. En 11 jours, il reçut 48 milligrammes de curarine. Le malade guérit. Des électrocardiogrammes furent pris après les injections de curarine, ils ne décelèrent aucun trouble du myocarde.

André Plichet.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

W. S. Collens, G. Lerner, S. Fialka. ***Allergie insulinique et son traitement par l'histamine*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 188, n° 5, Novembre 1934, p. 528-532). — Il n'est pas rare de voir les diabétiques montrer de l'hypersensibilité à l'insuline — plus de 7 p. 100 des patients de C., L. et F. en présentaient — et le traitement du diabète peut s'en trouver fort gêné. Le changement de marque ne suffit pas toujours à faire disparaître les accidents. La désensibilisation, très longue à obtenir, ne donne parfois que des succès temporaires.

Comme l'on sait que l'histamine donne souvent de remarquables résultats dans les états d'allergie due à des causes physiques (urticaire, œdèmes périodiques, etc.), C., L. et F. ont employé cette thérapeutique chez un diabétique qui s'était montré sensible à toutes les marques d'insuline pendant un an. Ils ont obtenu un brillant succès. Ils ont commencé par injecter sous la peau 0 milligr. 1 de phosphate d'histamine pour atteindre progressivement 1 milligr., l'injection étant faite trois fois par semaine. Les réactions à l'insuline s'atténuèrent; après une seconde série de 5 injections de 1 milligr., elles disparurent définitivement.

P.-L. Marie.

E. L. de Gowin et **C. W. Baldbridge.** ***Anurie mortelle consécutive à des transfusions sanguines; insuffisance de nos tests actuels d'incompatibilité*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 188, n° 5, Novembre 1934, p. 555-559). — G. et B. relatent 2 cas d'anurie mortelle consécutifs à une transfusion alors que les tests usuels d'incompatibilité avaient donné des résultats satisfaisants.

La première observation concerne une femme atteinte de cancer de l'utérus qui avait déjà reçu plusieurs transfusions de sang citraté (globules lavés) dont la dernière avait donné lieu à une légère hémoglobinurie. La mort survint 12 jours après la transfusion suivante au milieu de symptômes d'insuffisance rénale. Le second malade, un homme atteint d'ulcère gastrique, qui avait déjà reçu une transfusion sans incident, succomba dans les mêmes conditions 10 jours après une nouvelle transfusion. L'autopsie montra de gros reins avec des lésions intenses de néphrite aiguë portant surtout sur les tubuli.

Les donneurs appartenaient tous au groupe IV et avaient déjà fourni du sang pour de nombreuses transfusions qui n'avaient donné lieu à aucun incident. On n'avait constaté chez aucun de ces deux malades d'isoagglutination; chez l'un d'eux on avait noté simplement une hémolyse douteuse. Les tests auxquels on fait aujourd'hui créance n'offrent donc pas une sécurité absolue.

Chez aucun de ces malades, l'hypochlorémie ni l'acidose ne pouvaient être tenues pour responsables de l'anurie et il n'est pas possible de dire la cause des lésions rénales qui produisent l'anurie après transfusion.

P.-L. Marie.

D. Marine et **S. H. Rosen.** ***Reproduction expérimentale de l'exophtalmie de la maladie de Basedow*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 188, n° 5, Novembre 1934, p. 565-571). — Loeb et Friedman ont déjà réussi à reproduire l'exophtalmie basedowienne en injectant des extraits antéhypophysaires à de jeunes cobayes; M. et R. y sont parvenus au moyen d'injections intramusculaires de cyanures, cyanure de méthyle de préférence, faites à des lapins impubères alimentés avec du foin de luzerne et de l'orge. On voit ainsi se développer une exophtalmie progressive, débutant parfois 3 semaines après le commencement des injections faites à la dose quotidienne de 0 cmc 05 à 0 cmc 1. L'exophtalmie est plus facile à produire chez les mâles. Elle ne se montre pas chez les adultes. Elle s'accompagne parfois du développement d'un goitre et on la réalise plus aisément après thyroïdectomie et chez les animaux dont la thyroïde n'est pas intacte, ce qui indique que l'hormone thyroïdienne n'a rien à voir avec la cause de l'exophtalmie.

Ces deux moyens différents de production de l'exophtalmie impliquent l'existence de deux facteurs: 1° l'intervention de l'hormone thyrotropique de l'antéhypophyse que l'on fournit passivement dans un cas et dont on stimule la production par l'hypophyse dans l'autre cas; 2° l'existence d'une insuffisance thyroïdienne relative. Si l'on maintient une activité thyroïdienne normale au moyen de l'administration d'iode ou de thyroxine, on empêche l'exophtalmie de se développer avec les extraits antéhypophysaires ou avec les cyanures. Cela indique que, normalement, il existe un équilibre physiologique délicat entre les besoins en thyroxine et l'hormone thyrotropique. Du point de vue thérapeutique, le seul remède logique semble être l'iode ou la thyroïde desséchée, mais ni dans la maladie de Basedow humaine ni dans l'exophtalmie expérimentale du lapin les résultats de ces médications ne sont très encourageants. Il y a plus à attendre du traitement préventif, l'exophtalmie pouvant être évitée au moyen de l'iode ou de la thyroïde desséchée. D'autre part, on peut penser que, lorsque la pathogénie du goitre exophtalmique sera mieux débrouillée, on trouvera la cause de l'excitation des centres mésencéphaliques qui existe dans la maladie de Basedow et qui stimule l'activité de l'antéhypophyse. M. et R. tendent à incriminer l'insuffisance d'une hormone cortico-surrénale ou génitale. On pourra alors instituer une thérapeutique hormonale rationnelle de l'exophtalmie.

P.-L. Marie.

L. F. Craver. ***Survies de 5 ans dans la maladie de Hodgkin*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 188, n° 5, Novembre 1934, p. 609-611). — Parmi 310 cas de maladie de Hodgkin observés au Memorial Hospital de New-York, dont 125 confirmés par biopsie, 10 pour 100 présentèrent une survie de 5 ans ou plus à la suite de la radiothérapie.



GOMENOL

(Nom et Marque déposés)

Antiseptique idéal interne et externe

Inhalations – Emplois chirurgicaux
GOMENOL RUBEO – Aseptie du champ opératoire
GOMENOL SOLUBLE – Eau gomenolée

GOMENOLÉOS

dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %
en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.

Tous pansements internes et externes

IMPRÉGNATION GOMENOLÉE
par injections intramusculaires indolores

PRODUITS PREVET
AU GOMENOL

Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.
toutes formes pharmaceutiques

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-Xe

VICHY-ETAT

VICHY GRANDE-GRILLE
Foie et appareil biliaire

VICHY CÉLESTINS
Reins - Vessie - Goutte - Diabète - Arthritisme

VICHY HOPITAL
Estomac et Intestin

VICHY CHOMEL
Affections des organes de la nutrition

SEL VICHY-ETAT
pour faire soi-même l'eau alcaline digestive

PASTILLES VICHY-ETAT
facilitent la digestion

COMPRIMÉS VICHY-ETAT
très pratiques en excursion pour faire l'eau alcaline digestive gazeuse

OUATAPLASME DU DOCTEUR ED. LANGLEBERT

Pansement complet, émollient, aseptique, instantané

ABCÈS-PHLEGMONS — DERMATOSES-ANTHRAX
FURONCLES — BRÛLURES

INSTANTANÉ ASEPTIQUE OUATAPLASME PARIS SÉDATIF RÉSOLUTIF

REG. COMM. PARIS 75.453

PANARIS-PLAIES VARIQUEUSES-PHLÉBITES
ECZÉMAS, etc., *et toutes inflammations de la Peau*

PARIS, 10, Rue Pierre-Ducreux, & toutes Pharmacies.

L'âge moyen parmi ces sujets ayant survécu 5 ans ou davantage se trouvait être de 10 ans inférieur (34 ans) à celui d'un groupe de malades qui n'eurent qu'une survie de 6 mois ou moins, bien que les âges extrêmes fussent les mêmes dans les deux groupes. C., pour expliquer la différence de survie dans chacun de ces groupes, incrimine les différences de virulence dans la maladie. D'autre part, les variations dans la structure histologique des fragments biopsiés ne rendent pas compte de la durée différente de la maladie. La fièvre, le prurit accusé et la splénomégalie sont, semble-t-il, des indices de mauvais pronostic. La localisation à un territoire unique, associée à un traitement précoce, l'absence de leucocytose ou de leucopénie, le gain de poids après radiothérapie sont au contraire des signes favorables.

P.-L. Marie.

L. S. Zia et **C. E. Forkner** (Pékin). ***Syndrome d'agranulocytose aiguë compliquant le kala-azar*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 5, Novembre 1934, p. 624-638). — Parmi 26 cas consécutifs de kala-azar, Z. et F. ont observé 4 cas d'agranulocytose, qui affecta la forme aiguë dans 3 cas, tandis qu'elle prit le type récurrent dans le quatrième; ce dernier ne put être suivi assez longtemps pour savoir s'il s'agissait d'une forme aiguë ou d'une forme chronique. Depuis lors, 2 autres cas furent encore constatés. En somme, l'agranulocytose semble être une complication assez fréquente et jusqu'ici méconnue du kala-azar, mais il faut des examens suivis et soigneux du sang pour la déceler et pour instituer le traitement approprié. Elle s'annonce par quelques prodromes, faiblesse, fatigue accusée, souvent état subfébrile, qui durent d'un à trois jours, pendant lesquels la leucopénie s'installe et les granulocytes diminuent. Puis les symptômes alarmants de l'angine agranulocytaire (fièvre élevée, ulcérations des muqueuses, etc.) se déclenchent.

Un des cas rapportés guérit par le pentnucléotide, un autre par la transfusion sanguine; le troisième, observé chez un enfant non traité jusque-là pour son kala-azar, fut heureusement modifié par le traitement stibié; la leucopénie n'était pas considérable d'ailleurs. Le quatrième malade succomba; il s'agissait d'un kala-azar très avancé.

A côté du traitement par les injections de nucléotide de pentose ou de dérivés de l'acide nucléique qui constitue la thérapeutique la plus satisfaisante de l'agranulocytose consécutive au kala-azar, aux infections pyogènes et à l'intoxication chronique par le benzène, on donnera une alimentation liquide riche en vitamines et on badigeonnera les ulcérations avec du violet de gentiane. Quand l'agranulocytose se montre au cours d'un traitement stibié intensif, on suspendra la médication, qui pourrait ne pas être étrangère à l'apparition de l'agranulocytose.

P.-L. Marie.

G. Pincus et **P. White**. ***L'hérédité dans le diabète. Le taux de la glycémie chez les parents des diabétiques*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 6, Décembre 1934, p. 782-790). — Parmi un groupe de parents de diabétiques chez lesquels P. et W. ont déterminé la glycémie, en général 2 heures après le repas, ils ont trouvé dans 14 pour 100 des cas un chiffre anormalement élevé, de même que chez 25 pour 100 d'entre ceux auxquels ils firent une épreuve de tolérance au glycose et au saccharose. 76 sujets normaux n'ayant aucun antécédent de diabète dans leur famille servirent de témoins. P. et W. comparent et interprètent au moyen des méthodes statistiques les résultats obtenus.

Quand on analyse dans les divers types d'unions la fréquence de tels individus hyperglycémiques parmi la descendance, on en vient à penser que ces individus peuvent être considérés comme de futurs diabétiques puisque leur taux dans ces unions est à peu près proportionnel au taux de sujets diabétiques, non identifiés au point de vue hérédité, demandés par l'hypothèse mendélienne invoquée pour expliquer l'hérédité du diabète. Toutefois, ces épreuves ne révèlent pas tous les sujets potentiellement diabétiques par hérédité.

P. et W. soulignent que, si ces épreuves ont une portée générale, elles indiquent que la détermination du taux de la glycémie normale implique l'exclusion sévère de parents de diabétiques du groupe des sujets fournissant les témoins.

P.-L. Marie.

R. Boggs. ***6 cas d'hémophilie spontanée observés chez des frères*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 6, Décembre 1934, p. 811-815). — D'ordinaire l'hémophilie est considérée comme une constitution héréditaire, déterminée par le sexe et récessive. Mais cette anomalie se montre parfois sans qu'on trouve d'hémophiles dans l'ascendance; il s'agit alors d'hémophilie dite spontanée ou sporadique. On peut, dans ce cas, invoquer divers mécanismes pour expliquer l'apparition de l'anomalie.

Un intérêt particulier s'attache aux faits où plusieurs enfants d'une même famille présentent spontanément, semble-t-il, de l'hémophilie, car, en pareil cas, on ne peut admettre son apparition *de novo*; il faut bien que la maladie ait été héritée de la mère à titre récessif. C'est un exemple de ce genre que relate B.

Parmi les 8 enfants de la femme en question, 6 garçons sur 7 étaient des hémophiles. Or, l'ascendance maternelle, suivie jusqu'à la quatrième génération, ne révélait aucun hémophile. L'étendue de l'arbre généalogique du côté maternel permet d'exclure la possibilité d'une hérédité cachée pendant plusieurs générations. Il ne reste que deux possibilités: l'apparition spontanée authentique de l'hémophilie chez la mère ou l'illégitimité de sa naissance; B. n'a pu éclaircir ce point par l'exploration des groupes sanguins, son père et sa mère étant décédés.

P.-L. Marie.

J. E. Farber. ***Un état hémorragipare familial simulant l'hémophilie et le purpura hémorragique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **188**, n° 6, Décembre 1934, p. 815-822). — F. a étudié à travers 5 générations une famille composée de 131 individus dont 25 membres (14 hommes sur 71 et 11 femmes sur 55) présentèrent des épisodes hémorragiques fréquents. Les hommes ont été les plus atteints et ont été considérés souvent comme des hémophiles, présentant des hémorragies après de légers traumatismes, des extractions dentaires, des opérations, des épistaxis et du purpura. Chez les femmes, on note surtout des ménorragies, des ecchymoses, moins souvent des épistaxis. Le temps de coagulation était normal; le temps de saignement se montrait prolongé de façon intermittente; la rétraction du caillot était normale ainsi que le chiffre des plaquettes et le chimisme sanguin. On ne constatait ni splénomégalie ni télangiectasies.

Les troubles sont apparus d'ordinaire à la puberté chez les femmes, plus précocement chez les hommes, diminuant en général d'intensité avec l'âge. On ne constate pas de rapport entre les hémorragies et l'époque de l'année, le régime alimentaire, les infections, la profession. La mort par hémorragie est survenue chez 4 hommes. L'hypertension était commune dans cette famille et de nombreux décès ont été causés par une hémorragie cérébrale chez les saigneurs. Les femmes ont transmis l'état hémorragipare aussi bien que les hommes.

F. ne met pas d'étiquette sur ces états, il s'agit là de faits d'attente.

P.-L. Marie.

POLICLINICO INFANTILE (Turin)

I. Corda. ***Ce que peut donner la thérapeutique pancréatique dans les manifestations anaphylactiques de diverses origines*** (*Policlinico infantile*, 3e année, n° 1, Janvier 1935, p. 1-22). — Dans un article publié en 1932 dans *La Clinique*, Legrand a fait connaître les résultats favorables obtenus par lui au moyen de la pancréatine, dans le traitement préventif et curatif des accidents sériques.

C. a étudié à son tour l'action des préparations pancréatiques sur l'anaphylaxie et dans cet article il fait connaître les résultats de ses observations tant cliniques qu'expérimentales.

Au point de vue *clinique*, C. a utilisé des préparations totales de pancréas (Pankreon-pancreas) ou partielles (Angioxil) pour empêcher ou combattre des troubles anaphylactiques alimentaires ou sériques. Au point de vue *expérimental*, il a utilisé les mêmes préparations sur des cobayes anaphylactisés d'après la technique usuelle et traités soit une fois le syndrome anaphylactique apparu, soit préventivement aussitôt après l'injection déchaînante. Sur un groupe d'animaux il a étudié en particulier l'action de l'insuline.

C. aboutit aux conclusions suivantes :

1° Le pancréas, dans les cas d'anaphylaxie alimentaire, active la disparition des manifestations et en outre il empêche souvent le retour habituel des troubles lorsque intervient à nouveau le facteur anaphylactogène.

2° Par contre les préparations totales ou partielles de pancréas se sont montrées inefficaces pour supprimer ou atténuer le choc anaphylactique sérique aussi bien chez les enfants que chez les cobayes. Elles n'ont donné également que des échecs dans les cas où elles ont été administrées à titre préventif.

L'insuline n'a fourni aussi que des résultats négatifs.

Pour expliquer l'action favorable des préparations pancréatiques contre l'anaphylaxie alimentaire, C. admet que ces préparations suppléent à l'insuffisance des sucs pancréatiques et favorisent la perméabilité intestinale.

G. Schreiber.

Enrico Mensi. ***L'ulcère duodénal dans l'enfance*** (*Policlinico infantile*, 3e année, n° 1, Janvier 1935, p. 22-28). — L'ulcère duodénal, considéré longtemps comme rare chez l'adulte et exceptionnel chez l'enfant, est actuellement diagnostiqué plus fréquemment, grâce aux examens radiologiques systématiques.

L'examen clinique, en effet, ne permet pas souvent de poser ce diagnostic. Les vomissements et les selles hémorragiques font souvent défaut, ainsi que le fait observer Schlossmann. Les douleurs sont fréquemment vagues, mal localisées, et attribuées à une appendicite. La production peu abondante d'acide chlorhydrique libre, l'hyperacidité rare, l'absence de troubles mécaniques contribuent également à faire méconnaître le siège de la lésion qui n'est souvent reconnue qu'à l'autopsie.

Ces considérations incitent M. à publier l'observation d'une fillette de 13 ans, qui, atteinte d'un ulcère du duodénum, commença à se plaindre de céphalée, à présenter de la constipation et à avoir des vomissements soit aussitôt après les repas, soit à distance des repas, vomissements qui ne s'atténuaient qu'après institution d'une diète hydrique absolue.

Les troubles persistant, l'enfant fut hospitalisée et des radiographies en séries montrèrent la présence constante d'une niche caractéristique au niveau du bulbe duodénal.

Une laparotomie médiane supraombilicale prati-


Digestive
L'eau de SAINT-GALMIER, Source Badoit, renferme du gaz carbonique naturel qui exerce sur toute la paroi stomacale son action mécanique, à la fois tonique et sédative. L'action bienfaisante de ses bicarbonates de soude, de chaux et de magnésie est d'autant plus active que ceux-ci se présentent sous leur forme naturelle.
L'eau de la Source Badoit n'est pas seulement une délicieuse eau de table : c'est une eau éminemment digestive.
SOURCE BADOIT
SAINT GALMIER BADOIT
source de santé
PUBL. ELVINGER


Comprimés
ASPIRINE GRANULÉS VICARIO
Cachets

quée, le 12 Juillet, par le professeur Uffreduzzi, montra un estomac fortement dilaté et au niveau de la région pylorique une induration correspondant à un ulcère rond, avec quelques brides péritonéales entre le duodénum et la face inférieure du foie. Une gastroentéroanastomose verticale postérieure rétrocolique fut réalisée et les suites opératoires furent excellentes. La fillette revue le 30 Septembre, complètement rétablie, avait augmenté de 2 kilogr. 500.

G. Schreiber.

CLUJUL MÉDICAL
(Cluj)

I. Marcou. ***Quelques données expérimentales sur la circulation coronarienne concernant la pathogénie et la thérapeutique de l'angine de poitrine*** (*Clujul médical*, t. **15**, n° 11, 1er Novembre 1934, p. 601-605). — M. reprend la question de la relation entre les phases du cycle cardiaque et la circulation coronarienne, à l'aide d'un document expérimental, démontrant l'inhibition systolique de cette circulation. Se ralliant donc à la conception d'Anrep, il croit que dans l'angine de poitrine d'effort il existe une augmentation de la force contractile du cœur qui entraîne une insuffisance de l'irrigation du myocarde. La disparition des crises d'angor quand le myocarde devient insuffisant est fréquente. Il faut en même temps noter la coexistence de l'angine de poitrine avec la tachycardie paroxystique ou l'insuffisance aortique.

M. démontre, par des recherches pharmacologiques sur la circulation coronarienne, chez le chien, l'action coronaro-dilatatrice de l'adrénaline, des nitrites, des dérivés xanthiques, des opiacés et de l'adénosine, toutes ces substances ayant une action vaso-dilatatrice directe sur la paroi vasculaire.

Henri Krauter.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

L. A. Jakobson et **T. S. Tschernjak** (Moscou). ***L'importance clinique du taux de l'iode du sang dans la maladie de Basedow et les dysthyroïdies. Action thérapeutique des hydrolysats sur ses fluctuations*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **84**, n° 2-3, 29 Décembre 1934, p. 147-156). — J. et T. soulignent l'importance en clinique des variations de l'iode endogène, et en particulier dans les états liés à un fonctionnement anormal de la thyroïde. La mesure de l'iodémie permettrait de connaître l'état des processus du métabolisme intermédiaire de l'organisme.

Dans la maladie de Basedow ils ont trouvé une hyperiodémie qui mérite d'être ajoutée à la triade classique des signes cardinaux du goitre exophtalmique. Toutefois le taux de l'iodémie dans la maladie de Basedow et dans les dysthyroïdies n'a pas de valeur absolue quand il s'agit d'apprécier le degré de gravité de ces affections. Il faut noter encore qu'il n'existe pas de parallélisme étroit entre l'iodémie et le métabolisme basal.

La courbe iodémique permet de juger clairement des résultats thérapeutiques obtenus chez ces malades, ainsi que J. et T. ont pu le constater en les traitant au moyen de lysats de tissus variés.

P.-L. Marie.

Torben Andersen. ***A propos de la gastro-duodénite*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **84**, n° 2-3, 29 Décembre 1934, p. 185-216). — T. insiste sur l'importance de la gastro-duodénite dans la pathogénie de l'ulcus et sur l'impossibilité fréquente où l'on est de faire un diagnostic différentiel entre ulcus et gastro-duodénite.

Etudiant un total de 160 patients présentant des symptômes faisant penser à un ulcère, il les a divisés en trois groupes, le premier contenant des malades ayant des signes radiologiques certains d'ulcère, le second, des patients chez lesquels ces signes faisaient défaut, le troisième, des malades qui n'ont pas été examinés radiologiquement. Il a comparé les deux premiers groupes au point de vue de la durée de la maladie, du caractère des douleurs, des résultats des repas d'épreuve d'Ewald et de Kemp, des hémorragies manifestes et occultes. Comme ces deux groupes montrent dans l'ensemble une concordance parfaite en ce qui concerne ces symptômes, T. considère qu'il est injustifié de maintenir une distinction clinique entre eux; aussi propose-t-il de les réunir sous le nom de gastro-duodénite avec ou sans ulcère chronique. Comparant ensuite ces malades et une série de 169 patients souffrant de dyspepsie, de constipation chronique ou de colite, il établit que l'épreuve de la rétention gastrique de 6 heures est dépourvue de valeur pour le diagnostic différentiel de ces états; seule l'épreuve de 12 heures possède en pratique de la valeur.

D'autre part, comme il a pu observer 21 malades qui avaient subi une résection gastrique sans qu'on ait trouvé d'ulcère à l'opération et qu'il a constaté dans ces cas des lésions histologiques de gastro-duodénite, il soutient que les symptômes d'ulcus sont, en réalité, des symptômes de gastro-duodénite.

Ayant rencontré parmi cet ensemble de malades 10 cas d'hémorragie manifeste s'étant produite sans qu'on ait trouvé d'ulcère à l'opération ou à l'autopsie, mais seulement une gastro-duodénite accentuée, il estime, d'accord d'ailleurs avec d'autres auteurs, que ces hémorragies ne peuvent pas être considérées tout uniment comme l'indice que la gastro-duodénite se complique d'ulcus.

T. attache une importance toute spéciale à l'examen radiologique de la muqueuse gastrique et de ses plis pour le diagnostic de gastro-duodénite. Dans 164 cas examinés il existait une bonne concordance entre les symptômes de gastro-duodénite et la présence de plis pathologiques de la muqueuse.

Le traitement doit s'inspirer de l'importance de la gastro-duodénite et rester médical tant qu'il n'y a pas de sténose pylorique véritable, de pylorospasme prolongé ou de crises douloureuses résistant au traitement médical.

P.-L. Marie.

K. Gad-Andresen et **E. Jarlov** (Copenhague). ***Les hormones sexuelles peuvent-elles influencer la germination et le développement des plantes ?*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **84**, n° 2-3, 29 Décembre 1934, p. 241-252). — Les limites entre les vitamines et les hormones deviennent de jour en jour plus imprécises. Divers auteurs soutiennent que les plantes pendant la floraison produisent une substance analogue à la folliculine qui régularise la floraison, et que le foie élabore une substance identique à la substance de croissance des végétaux. On pourrait donc penser que les substances végétales qui jouent le rôle de vitamines pour les animaux sont en réalité des hormones pour les plantes.

Aussi a-t-on été conduit à expérimenter les effets des hormones sur les végétaux. Schoeller et Goebel ont constaté que la folliculine active la croissance et la floraison de diverses plantes, jacinthe, muguet, etc.

G. et J. confirment cette action de la folliculine. Par contre, ils ont trouvé que l'hormone préhypophysaire n'avait guère d'influence sur la germination et sur la floraison des jacinthes. D'autre part, dans le cas de la folliculine, ils ont observé certaines altérations des racines qui indiquent que très probablement l'effet exercé sur les plantes n'est pas dû aux hormones sexuelles elles-mêmes, mais à la présence dans les préparations hormonales employées de substance activant la croissance des plantes (auxine) contenue dans l'urine éliminée par les femmes enceintes. De son côté, l'auxine ne semble pas être identique à la folliculine.

P.-L. Marie.

M. Chr. Ehrströff. ***La signification clinique des analyses du calcium total sanguin*** (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. **58**, 1934, 182 pages). — Les conclusions qui se dégagent de ce mémoire basé sur des recherches personnelles approfondies sont les suivantes:

1° Il existe un manque de concordance manifeste des données de la littérature en ce qui concerne le niveau de la calcémie à l'état normal et dans les divers états pathologiques. Ces discordances peuvent s'expliquer, d'une part par l'infidélité des méthodes d'analyse usuelles, d'autre part, par le taux inconstant de la calcémie chez le même individu.

2° Une analyse isolée ne saurait avoir grande valeur, car l'on doit compter avec une variation possible du calcium du sérum de 1 à 3 milligr. pour 100 déjà à l'état normal au cours d'une même journée. On ne peut comparer quantitativement des analyses isolées que lorsqu'elles ont été exécutées par un seul et même laboratoire et quand on a tenu compte des incertitudes de la méthode analytique et de l'inconstance de la calcémie. Bien des différences considérées par certains auteurs comme significatives, par exemple dans l'accès d'angine de poitrine, ne peuvent être regardées que comme traduisant la faiblesse des méthodes analytiques ou des variations normales de la calcémie.

3° L'établissement de courbes diurnes de la calcémie est susceptible d'offrir une image plus fidèle et plus complète de la calcémie réelle qu'un chiffre isolé de calcium total du sérum.

P.L. Marie.

REVUE MENSUELLE SUISSE D'ODONTOLOGIE
(Genève)

Pierre Van Gunten. ***Les foyers périapicaux dentaires chroniques et leur retentissement sur les adénites tuberculeuses*** (*Revue mensuelle suisse d'odontologie*, t. **44**, n° 12, 1934, 48 pages de texte). — Cet intéressant travail fait à la policlinique du Professeur Veyrassat de Genève comporte 7 observations d'adénites chroniques chez des adultes et 11 observations chez des enfants. G. reprend à ce propos la question des infections focales et aboutit, en ce qui concerne la question des adénites cervicales, aux remarques suivantes. Sans parler des lésions bucco-dentaires évidentes, les adénites cervicales chroniques peuvent être provoquées par des lésions périapicales, cliniquement silencieuses. L'adénite siège parfois à distance des maxillaires, un relai ganglionnaire ayant été sauté.

Dans les adénites cervicales suppurées chroniques dont Gunten a pu mettre en évidence l'origine périapexienne, le pus était stérile, d'aspect bacillaire et l'inoculation au cobaye n'a pas produit de lésions bacillaires. « Il est à supposer que ce pus stérile est en relation avec le microbisme particulier des granulomes qui renferment le plus souvent une flore streptococcique pauvre, essentiellement transmutable et susceptible de donner naissance à des virus filtrants », de sorte qu'il est souvent difficile en clinique de faire la distinction entre les formes tuberculisées et celles qui ne le sont pas.

C. Ruppe.


ANTIVIRUS
LA BIOTHERAPIE
PRODUITS DE LA BIOTHÉRAPIE
BOUILLONS-VACCINS
FILTRÉS

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

P. Mauriac. ***Hépatomégalie de l'enfance avec troubles de la croissance et du métabolisme des glucides*** (*Paris-Médical*, t. **24**, n° 52, 29 Décembre 1934, p. 525-528). — Chez une fillette de 4 ans, atteinte de diabète évolutif, M. a observé un foie volumineux avec circulation collatérale, un retard de la croissance, un aspect bouffi de la face, avec infiltration de la paroi abdominale et crises de suffocation avec cyanose. Chez 2 autres diabétiques, il a pu observer une hépatomégalie importante avec circulation collatérale, l'un ayant une taille normale et l'autre un arrêt de la croissance.

Il pense qu'il existe, au cours de la deuxième enfance, un syndrome caractérisé par un trouble du métabolisme des glucides pouvant aller jusqu'au diabète évolutif, par l'arrêt ou le retard de la croissance, par la surcharge graisseuse des tissus de couverture et par une hépatomégalie considérable sans splénomégalie. Ce syndrome relèverait d'un déséquilibre pluriglandulaire. Il pourrait être rapproché jusqu'à un certain point du syndrome congénital signalé par von Gierke et von Creveld, caractérisé par la surcharge glycogénique du foie et des observations de Robert Debré où l'hépatomégalie congénitale et familiale était due à une stéatose massive du foie.

Robert Clément.

M. Sendrail et **Y. Vassal.** ***Les hyperglycémies morphiniques*** (*Paris-Médical*, t. **24**, n° 52, 29 Décembre 1934, p. 529-533). — La morphine provoque une hyperglycémie d'une telle amplitude qu'il est difficile de refuser aux troubles du métabolisme hydrocarboné un certain rôle dans le morphinisme chronique de l'homme.

Chez les chiens adultes, l'injection intra-musculaire de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine par kilogramme détermine l'ascension rapide de la glycémie qui passe par exemple en 30 minutes de 0 gr. 82 à 1 gr. 35 ou de 0 gr. 97 à 1 gr. 95. Le taux du sucre sanguin se maintient au même niveau pendant au moins 3 heures et ne revient à sa valeur initiale qu'avec une extrême lenteur. Cette hyperglycémie ne s'accompagne de glycosurie appréciable. L'amplitude de la réaction hyperglycémique varie avec la dose de morphine injectée; elle est plus marquée chez les jeunes chiens. Les doses employées sont élevées, supérieures à celles utilisées en thérapeutique chez l'homme, mais non à celles qu'atteignent certains toxicomanes. D'autre part, les chiens ont une tolérance exceptionnelle à la drogue. Ces expériences montrent que l'intoxication morphinique bouleverse profondément l'équilibre hydrocarboné.

Le mécanisme de l'hyperglycémie morphinique demeure énigmatique. La section complète des deux nerfs grands splanchniques entrave fortement l'hyperperglycémie, mais ne l'annule point. La suppression totale de l'innervation sympathique empêche l'apparition de l'hyperglycémie; il y a même abaissement du taux du sucre sanguin. On peut donc estimer que la réaction glycémique à la morphine est liée à la stimulation d'un centre nerveux.

L'insuline semble avoir une action antagoniste ou au moins neutralisante de celle de la morphine, tandis que l'action de l'adrénaline s'additionne à celle de la morphine.

On peut prévoir que chez les sujets imprégnés de longue date par la drogue, l'organisme s'accoutume à un régime glycémique supérieur à la normale et que la suppression soudaine du toxique provoque un brusque affaissement du taux du sucre sanguin. Les troubles que détermine la privation de la morphine ne seraient-ils pas en rapport avec une chute de la glycémie? Les signes, observés au cours de la démorphinisation brusque, ne sont pas sans ressemblance avec ceux de l'hypoglycémie. Les dosages, pratiqués au cours de la démorphinisation, semblent montrer que la période de besoin morphinique s'accompagne d'une hypoglycémie plus ou moins relative.

Ces résultats expérimentaux invitent à recourir à l'action adjuvante de l'adrénaline au cours de la cure de désintoxication et à proscrire l'insuline.

Robert Clément.

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

G. Marinesco, Façon et **N. Vasilesco** (Bucarest). ***Contribution à l'étude du traitement de la myasthénie*** (*Gazette des hôpitaux*, t. **107**, n° 103, 26 Décembre 1934, p. 1845-1849). — Après avoir passé en revue les nombreux traitements proposés pour la myasthénie, M., F. et V. concluent que ce serait une erreur de soutenir que si les médications sont nombreuses, c'est en raison de leur inefficacité et que l'amélioration n'est due qu'aux rémissions spontanées habituelles durant l'évolution de la maladie.

L'inégalité d'action des divers traitements est due au fait que chez certains malades, ce sont les troubles de la fonction neuro-végétative qui prédominent tandis que chez d'autres, ce sont les perturbations endocriniennes et celles du métabolisme musculaire. Ces troubles n'existent d'ailleurs jamais à l'état isolé et s'influencent réciproquement en créant un véritable cercle vicieux. Cela expliquerait les résultats favorables rapportés avec des substances aussi différentes que les extraits surrénaliens, l'insuline, l'harmine, la vératrine ou même le simple repos au lit avec alimentation hydro-carbonée.

Il est probable que l'explication de ces constatations réside dans le fait que chaque substance employée séparément n'agit que sur un seul segment de la chaîne qui constitue le substratum physiopathologique de la myasthénie.

Après avoir écarté les facteurs étiologiques, M., F. et V. proposent comme schéma de traitement : 1° une alimentation riche en hydro-carbonés, avec injection d'insuline, d'extraits hépatiques et ingestion de glycocolle; 2° l'adjonction, dans les intervalles libres, d'une des substances suivantes : strychnine, extraits surrénaliens, harmine, histamine, vératrine en se guidant sur la manière favorable ou non dont chaque malade réagit envers chacun de ces produits.

Robert Clément.

R. Crosnier. ***Les méningites gonococciques primitives vraies ou fausses*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **108**, n° 9, 30 Janvier 1935, p. 143-145). — Les méningites gonococciques primitives vraies sont très rares. Il s'agit en général de réactions méningées avec lymphocytose modérée du liquide céphalo-rachidien, examen direct et culture négatifs, que l'on peut rapporter à la gonococcie quand subitement, au bout de quelques jours, apparaît un écoulement urétral blennorragique; dans ce cas, on peut supposer qu'il y a eu d'emblée septicémie, puis atteinte de la méninge et fixation ultérieure de l'affection sur l'urètre.

Plus rarement, il s'agit d'une méningite à liquide purulent dans lequel on trouve du méningocoque.

Le même syndrome méningé est apparemment primitif chez les sujets dont l'écoulement urétral, ou bien passe inaperçu, ou bien est si minime et si éphémère que l'intéressé n'y attache aucune importance.

Des méningites gonococciques, apparemment primitives, peuvent survenir aussi chez de très anciens blennorragiques qui s'estiment guéris.

La symptomatologie n'a aucun caractère particulier. Il faut, chez tout méningitique, rechercher un écoulement urétral et dépister tout antécédent gonococcique. Au point de vue bactériologique, il faut considérer comme en faveur d'une origine gonococcique et non méningococcique l'apparition tardive vers le 3[e] jour de colonies après ensemencement du liquide sur gélose ascite. Le méningocoque et les pseudo-méningocoques poussent en général plus vite. La fermentation isolée du glucose, à l'exclusion des autres sucres, la séro-agglutination négative du germe par les sérums agglutinants méningococciques n'ont qu'une valeur relative, car elles n'éliminent nullement l'hypothèse d'un pseudo-méningocoque. Il faut, dans ce cas, poursuivre l'identification (séro-agglutination avec le sérum gonococcique et fixation du complément avec comme antigènes des protéines microbiennes obtenues après broyage des microbes desséchés).

La gonococcie évolutive n'exclut nullement la possibilité d'une infection méningée par le méningocoque.

Le pronostic est celui des méningites gonococciques secondaires.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

André-Thomas. ***Les types anatomo-cliniques de la névralgie sciatique sont-ils justifiés par l'anatomie pathologique?*** (*Annales de Médecine*, t. **36**, n° 4, Novembre 1934, p. 340-358). — A.-T. présente d'abord une intéressante étude critique des différentes formes de névralgie sciatique. Ces formes mériteraient de s'appuyer sur l'anatomie pathologique, qui ne peut être étudiée que sur des sujets atteints de sciatique et succombant à une affection intercurrente. Aussi ces examens sont-ils peu nombreux. A.-T. décrit les lésions qu'il a observées dans un cas: hypertrophie du nerf sciatique, infiltration interstitielle importante par une substance d'aspect gélatineux et par la graisse, altérations vasculaires, intégrité des racines.

Il serait intéressant, à l'autopsie de sujets atteints de névralgie sciatique bien étudiée cliniquement, de pratiquer un examen minutieux du nerf depuis les racines jusqu'aux divisions principales, y compris le plexus, et d'étudier la participation possible du crural et de l'obturateur.

Cependant, même en l'absence de vérification anatomique, on ne saurait méconnaître l'existence d'un type radiculaire: c'est la radiculite syphilitique associée à un syndrome de Froin.

L. Rivet.

Jean Lhermitte et **J.-O. Trelles.** ***L'hémiplégie et la paraplégie protubérantielles de l'artério-sclérose*** (*Annales de Médecine*, t. 36, n° 4, Novembre 1934, p. 358-395). — La protubérance est fréquemment le siège de foyers malaciques ou hémorragiques; d'autre part, on sait la banalité de l'athérome ou de l'athéro-sclérose du tronc basilaire, d'où la fréquence des lésions qu'elle entraîne dans la sénilité. Ces lésions s'expliquent si l'on se rappelle la vascularisation de la protubérance, telle qu'elle a été décrite notamment par Ch. Foix et Hillemand.

L. et T., à l'aide d'observations personnelles, décrivent d'abord l'hémiplégie protubérantielle, puis la paraplégie protubérantielle, beaucoup moins fréquente, enfin, les paralysies pseudo-bulbaires à forme ponto-cérébelleuse. Ils procèdent pour tous ces cas à la confrontation des données cliniques et anatomiques.

L'oblitération d'une ou de plusieurs artères paramédianes homolatérales détermine un ramollissement de tout l'étage extérieur de la protubérance, ménageant le ruban de Reil médian, la masse du pédoncule cérébelleux moyen, la calotte pontique. Lorsque la thrombose paramédiane est bilatérale, elle entraîne la formation de foyers nécrobiotiques plus ou moins étendus en hauteur, dont les expressions cliniques sont la paraplégie avec syndrome pseudo-bulbaire, l'hémiplégie double (Cancros), la triglégie (Barré). Dans la thrombose des artères circonférentielles courtes (calotte pontique, secteur moyen du ruban de Reil), les phénomènes de déficit moteur se doublent de perturbations sensitives, subjectives et objectives dont l'intensité peut conduire à porter le diagnostic erroné de syndrome thalamique.

Dans aucun cas on n'a observé de myoclonies vélo-palatines ou autres: ces myoclonies exigent, pour leur réalisation, l'atteinte du système olivaire (olives et surtout faisceau central de la calotte).

L. Rivet.

Georges Guillain et **St. de Sèze.** ***La réaction du benjoin colloïdal dans la trypanosomiase humaine. Sa valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic*** (*Annales de Médecine*, t. 36, n° 4, Novembre 1934, p. 395-409). — Chez un malade entré à la Salpêtrière avec les signes neurologiques d'une affection diffuse du névraxe, la ponction lombaire montra une réaction méningée importante, attestée par une hypertension du liquide céphalo-rachidien, une hyperalbuminose à 0 gr. 85 par litre, une hyperlymphocytose (184 lymphocytes par mmc à la cellule de Nageotte); alors que la réaction de Bordet-Wassermann, vérifiée à deux reprises, se montrait négative, la précipitation du benjoin colloïdal donna une précipitation totale et complète dans les onze premiers tubes, précipitation semblable à celle qu'on observe dans la paralysie générale. Connaissant sur ce point les travaux de Le Dentu et Vaucel, et divers autres plus récents, G. et de S. estimèrent que le diagnostic devait se circonscrire de ce fait entre la cysticercose cérébrale et la maladie du sommeil africaine. L'interrogatoire et l'examen complet du malade montrèrent qu'il s'agissait de cette dernière affection, caractérisée par un syndrome neurologique, un syndrome spléno-ganglionnaire et un syndrome infectieux. La ponction d'un ganglion sus-claviculaire, pratiquée par M. Galliard, permit de déceler le trypanosomia gambiense. L'inoculation du sang dans le péritoine d'un singe fut positive.

La réaction de formol-gel de Gaté et Papacostas fut très fortement positive.

Le traitement par la tryparsamide (une injection hebdomadaire intra-veineuse, la première de 1 gr., les suivantes de 2 gr.) fut institué, chaque injection étant précédée d'un examen oculaire. Au bout de 17 injections (33 gr. de tryparsamide), la guérison semble complète.

L. Rivet.

ANNALES D'OCULISTIQUE (Paris)

A. Magitot. ***La sympathectomie carotidienne chez l'homme et ses applications dans certaines affections du nerf optique et de la rétine*** (*Annales d'oculistique*, 96e année, t. 171, n° 11, Novembre 1934, p. 897-934, 9 figures). — Après une introduction qui rappelle les travaux antérieurs, l'article résume l'anatomie et la physiologie du sinus carotidien et de ses récepteurs nerveux, décrit les effets de la sympathectomie péricarotidienne sur la pression artérielle rétinienne, la pression du liquide céphalo-rachidien, la tension oculaire. Une série d'observations importantes ont été obtenues dans une atrophie optique type familial, deux atrophies optiques syphilitiques, une rétinite pigmentaire, une artérite rétinienne et une amblyopie toxique (sulfure de carbone). Dans d'autres cas les résultats ont été moins favorables mais l'opération, n'étant plus, à l'heure actuelle, dangereuse, peut être tentée fréquemment.

A. Cantonnet.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

G. Gurriaran. ***L'épreuve acide en gastro-pathologie*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 24, n° 10, Décembre 1934, p. 1026-1051). — Si l'on introduit dans un estomac vide une solution de HCL à 0,5 pour 100 (concentration du suc gastrique pur), celle-ci se neutralise progressivement, jusqu'à atteindre chez le sujet normal 0,1 à 0,15 pour 100 en 60 et 80 minutes. L'évacuation ne se fait que lorsque cette neutralisation est atteinte.

C'est par le reflux duodénal que se produit cette neutralisation, ce qu'on peut constater par l'apparition de bile dans le contenu gastrique aussi bien chez l'homme que chez le chien. Les courbes de neutralisation, plus rapides chez l'homme, plus lentes chez le chien, sont toujours descendantes. Si l'on empêche le reflux duodénal, la courbe devient horizontale et la neutralisation ne se produit pas: la conséquence en est l'apparition d'ulcères gastro-duodénaux.

D'autre part, chez les malades atteints d'ulcère pylorique ou de lésions ulcéreuses de l'antre ou du duodénum, le reflux duodénal est absent ou diminué. Dans le cancer, qui n'occupe pas l'antre ou le pylore, et laisse intact le reflux duodénal, la courbe de neutralisation est normale.

La gastro-entérostomie produit une neutralisation plus complète et plus rapide; cela est vrai chez les malades ulcéreux, et chez les chiens la courbe est parallèle à celle qui précède l'opération, mais avec des chiffres plus bas.

Mêmes conséquences de neutralisation plus rapide après la gastrectomie. Cette épreuve de la neutralisation et de sa courbe avant toute intervention peut être très utile pour déterminer l'indication et l'efficacité de l'intervention.

J. Okinczyc.

J. Caroli et **L. Corman.** ***La constitution morphologique des ulcéreux*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 25, n° 1, Janvier 1935, p. 26-56). — Il a semblé à C. et C. qu'on pouvait facilement, chez la plupart des sujets atteints d'ulcère gastro-duodénal, retrouver dans la structure morphologique du corps et jusque dans la physionomie des traits communs frappants, constituant de vrais signes de parenté. La morphologie est susceptible de donner une séméiologie objective du terrain ulcéreux.

Il s'agit, dans la majorité des cas, du type longiligne rétracté sthénique qui a l'apanage des ulcères calleux principalement gastriques.

Quelques autres malades s'apparentent au contraire au type bréviligne dilaté: ce sont des ulcéreux du duodénum peu calleux.

Il y a des types intermédiaires et plus ceux-ci se rapprochent du type longiligne, plus est grande la tendance aux ulcères calleux gastriques; plus ils se rapprochent du type bréviligne, et plus augmente la tendance à la localisation duodénale.

On peut, dans le même sens, d'après C. et C., souligner l'hyperexcitabilité nerveuse des longilignes rétractés, et leur tendance aux scléroses douloureuses.

J. Okinczyc.

H.-G. Magena (Madrid). ***Le facteur allergique dans les colites*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 25, n° 1, Janvier 1935, p. 57-72). — Le facteur allergique peut agir de deux manières différentes dans les colites, soit en y donnant lieu, soit en soutenant la symptomatologie. On peut donc différencier deux groupes de colites : les colopathies caractérisées principalement par l'expulsion de mucus ou de muco-membranes, la diarrhée ou la constipation, les douleurs sont dans le premier groupe; la colite ulcéreuse chronique, la colite grave, bactérienne ou spécifique, où la participation allergique a une importance bien moindre que dans le premier groupe.

Il existe une diathèse allergique caractérisée dans les antécédents de famille sous forme d'urticaire, d'éosinophilie, d'eczéma, d'asthme. Pour l'étude de la sensibilisation alimentaire, M. s'est servi des cuti-réactions ou des diètes d'élimination. Peu de résultats utiles avec les cuti-réactions, et les diètes d'élimination sont très difficiles dans leur application pratique. La participation de l'allergie bactérienne dans beaucoup de colopathies est indubitable: le coli s'y trouve dans la proportion de 84 pour 100, l'entérocoque de 42 pour 100.

J. Okinczyc.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

Ch. Roubier et **M. Plauchu.** ***Sur certains aspects radiographiques de l'œdème pulmonaire chez les cardio-rénaux azotémiques*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. 9, n° 3, 1934, p. 1-12). — Chez 4 malades âgés de 22 à 41 ans, atteints de néphrites chroniques hypertensives et azotémiques, les clichés radiographiques montrent des images particulières que l'on ne rencontre pas chez les cardiaques purs et les cardio-rénaux non azotémiques. Ces aspects radiologiques sont en rapport avec un œdème pulmonaire très prononcé que l'on a pu constater à l'autopsie de 3 de ces sujets; il n'existait aucune autre lésion, ni infarctus, ni tuberculose, ni broncho-pneumonie.

Les images radiologiques de l'œdème pulmonaire chez les azotémiques peuvent revêtir 2 types principaux. Dans le premier, c'est un fin piqueté; à la loupe, l'aspect granité très fin est bien différent de celui de la granulie et ne s'étend ni aux sommets ni aux extrêmes bases. Le deuxième type assez différent est un aspect pommelé ou floconneux, souvent localisé au poumon droit ou, en tout cas, très prédominant à droite, au niveau de la région para-hilaire. La zone tachetée ou pommelée est limitée en dehors par une ligne assez nettement verticale et régulière. Dans une observation, il existait de grosses pommelures disséminées dans les deux champs pulmonaires, particulièrement à leur partie moyenne. Si cet aspect fait penser à la tuberculose, on peut l'éliminer

grâce à certaines particularités. L'opacité est moins prononcée que celles des lésions tuberculeuses, elle n'occupe que les 2/3 inférieurs du champ pulmonaire et respecte complètement le sommet; elle laisse, entre elle et la ligne axillaire, un espace vertical de clarté parenchymateuse normale.

Ces aspects radiographiques ont pour substratum anatomo-pathologique un œdème pulmonaire très prononcé. Il s'agit d'un œdème à évolution subaiguë et progressive, se traduisant par une dyspnée permanente avec peu d'expectoration et à l'auscultation par une pluie de râles sous-crépitants fins, inspiratoires.

Il est impossible de dire pour le moment pourquoi ces images radiologiques si particulières ne s'observent que chez les cardio-rénaux azotémiques.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

F. Valdes Villareal (Mexico). ***Une nouvelle technique pour le traitement des blocages ventriculaires*** (*Journal de Chirurgie*, t. 44, n° 6, Décembre 1934, p. 852-864). — V. a d'abord reproduit chez le chien les expériences de Dandy qui, par l'obturation de l'aqueduc de Sylvius, déterminent l'hypertension ventriculaire et ses signes cliniques. Il a aussi vérifié que l'hypertension obtenue directement par injection sous-dure-mérienne de solution salée isotonique (grâce au grand pouvoir d'absorption des méninges et à la tolérance des espaces sous-dure-mériens pour des quantités même élevées [250 cmc] de liquide) disparaissait rapidement.

Il a enfin obtenu la disparition de l'hypertension ventriculaire expérimentale, déterminée par l'obturation de l'aqueduc, par le drainage permanent du ventricule, suivant une technique qui a été ensuite appliquée à l'homme dans 11 cas et que voici :

A l'anesthésie locale, on trépane à 3 cm. en arrière et à 3 cm. 5 au-dessus du conduit auditif. Une petite incision dure-mérienne permet la ponction ventriculaire à l'aide d'un petit trocart spécial long de 5 cm., du diamètre de 2,5 mm., portant à son extrémité 2 petits ailerons destinés à le fixer du fait de leur pincement entre l'os et le cuir chevelu. La ponction faite, on laisse le liquide s'écouler lentement en ne retirant le mandrin qu'incomplètement au début. Lorsque l'écoulement a cessé après ablation complète du mandrin, on assure le drainage en introduisant dans la lumière du trocart trois fils de soie dont l'extrémité extérieure est attirée par une aiguille de Reverdin sous le tégument de la partie haute sous-jacente du cou. C'est dans le tissu cellulaire cervical que viendra se perdre le liquide céphalo-rachidien amené du ventricule par la cheminée du trocart, laissée à demeure.

Des 11 opérés, 2 sont morts, l'un quelques heures après, le second 24 heures après l'intervention, en raison de la gravité des lésions cérébrales traumatiques dont ils étaient atteints. Les 9 autres ont, au contraire, bénéficié du drainage ventriculaire permanent et, dans les suites post-opératoires, on a pu noter :

1° La disparition des phénomènes d'hypertension.

2° La persistance des phénomènes de commotion cérébrale qui disparaissent en un laps de temps variant avec l'intensité des lésions traumatiques.

Comme, dans l'hypertension post-traumatique, les causes de l'occlusion des voies de communication du liquide sont d'origine vasculaire, on peut admettre que la disparition des signes cliniques répond à celle des lésions et qu'elle indique le moment où il est permis de supprimer le drainage. Cette suppression, facile, a été faite chez les 9 opérés, du 9e au 24e jour, la présence du drain n'ayant été par elle-même la cause d'aucun accident.

P. GRISEL.

R. Leriche et **A. Jung.** ***Etudes sur la calcémie après les opérations d'après 150 examens*** (*Journal de Chirurgie*, t. 45, n° 1, Janvier 1935, p. 1-15). — On compte volontiers l'hypocalcémie comme un des éléments habituels de la maladie post-opératoire. Les recherches systématiques de L. et J., faites en série chez 150 opérés, et avec cette condition que le dosage du calcium a toujours été fait par la même méthode (méthode de Hirth) et par les mêmes personnes, les ont amenés à d'autres conclusions. Rappelons qu'avec la méthode de Hirth employée, la quantité normale de calcium, par litre de sérum, varie entre 0,085 et 0,100.

Voici les différents groupes d'opérés et les conclusions données pour chacun d'eux par les dosages.

1° *C. après opération pour maladies diverses.* — Les variations sont insignifiantes ou tout au moins minimes.

2° *C. après opérations parathyroïdiennes.* — *a*) Quand on enlève chez un animal normal les 4 parathyroïdes (chien), la calcémie tombe à la moitié de sa valeur normale et l'animal meurt de tétanie; l'ablation incomplète (1, 2 et même 3 parathyroïdes) laisse la calcémie dans les limites normales.

b) Quand on enlève chez l'homme hypercalcémique (sans adénome) une ou deux parathyroïdes, la calcémie tombe à la normale.

c) Quand on lie chez l'animal, ou chez l'homme, à calcémie normale, une ou plusieurs artères thyroïdiennes (même le plus souvent les quatre), la calcémie reste normale.

d) Quand on lie chez l'homme présentant de l'hypercalcémie (sans adénome) une ou les deux artères thyroïdiennes inférieures (en particulier après résection du segment terminal de la thyroïdienne inférieure), la calcémie s'abaisse à la normale.

e) L'ablation de l'adénome parathyroïdien chez l'homme hypercalcémique est suivie de l'abaissement à la normale; mais, dans plus de la moitié des cas, le retour à la normale a été précédé d'une phase transitoire d'hypocalcémie.

3° *C. après les opérations thyroïdiennes.* — Les goitreux (ordinaires ou exophtalmiques) présentent habituellement une calcémie normale; la thyroïdectomie ne modifie pas habituellement la calcémie.

4° *C. après opérations sur les surrénales.* — Sur 3 cas (2 cas de maladie de Buerger, 1 cas de spondylose rhizomélique), il a été observé un léger abaissement du calcium sanguin dans 2 cas; mais les chiffres post-opératoires restent dans les marges de la calcémie normale.

5° *C. après les opérations sur le système nerveux sympathique.* — *a*) La sympathectomie faite en dehors de la région cervicale ne modifie pas la calcémie d'une façon notable.

b) La sympathectomie cervicale, faite en vue d'une action vaso-motrice sur les parathyroïdes, ne modifie pas la calcémie de l'individu normal.

c) La sympathectomie cervicale peut relever une hypocalcémie dans l'hypoparathyroïdisme spontané.

6° *C. dans les interventions osseuses.* — Il y a des chiffres irréguliers, en particulier élevés, dans les 8 premiers jours, puis retour à la moyenne normale.

7° *C. après l'anesthésie.* — *a*) Après anesthésie générale à l'éther il y a abaissement très léger dans les heures qui suivent, mais tous les chiffres restent dans les marges de la calcémie normale.

b) L'anesthésie locale ne modifie pas la calcémie.

P. GRISEL.

A. M. Dogliotti. ***Etudes expérimentales et première application clinique d'une nouvelle opération destinée à augmenter et à équilibrer la fonction neuro-musculaire dans la paralysie partielle des nerfs*** (*Journal de Chirurgie*, t. 45, n° 1, Janvier 1935, p. 31-48). — Ce long titre résume déjà par lui seul le mémoire et quelques renseignements complémentaires suffiront à le faire connaître. La nouvelle opération est basée sur le pouvoir exubérant de régénération du bout central d'un nerf périphérique après section transversale. Son emploi s'est trouvé légitimé par les résultats expérimentaux obtenus chez le chien : le nerf sciatique sectionné à la partie supérieure de la cuisse, le bout central est dédoublé en deux faisceaux dont l'un, d'un volume double de celui de l'autre, est entraîné en haut, à travers les masses musculaires pour qu'il soit bien établi qu'il ne prend aucune part à la régénération; le faisceau le plus grêle est suturé au bout périphérique du nerf qu'il doit neurotiser.

En 6 à 7 mois, la paralysie, déterminée par la section, a pratiquement disparu; les muscles n'ont perdu qu'un vingtième de leurs poids et l'atrophie des fibres paralysées est compensée par l'hypertrophie des fibres récupérées.

L'application clinique a été faite chez un petit garçon de 6 à 7 ans, atteint de paraplégie flasque suite de poliomyélite avec conservation, à gauche, de quelques fibres motrices dans le domaine du tibial postérieur. L'opération, en 1930, consista à couper le sciatique gauche à sa partie supérieure et à rapprocher immédiatement les deux tronçons par quatre points de catgut fin. Après une première période de paralysie totale, on note, après 15 mois, une ébauche de flexion des orteils; après 2 ans, un état équivalent à celui de la période pré-opératoire et, naturellement, après 4 ans, on peut voir que, tandis que le membre inférieur droit est toujours inerte, le membre gauche présente une contraction efficace du triceps sural et des fléchisseurs des orteils avec possibilité de fléchir la jambe sur la cuisse.

Il y a donc eu réapparition de la contractilité volontaire et électrique pour des faisceaux musculaires antérieurement inertes. et une semblable intervention trouvera ses indications dans les cas de persistance de fonction dans quelques groupes musculaires alors qu'il ne s'est pas passé plus de 2 à 3 ans depuis le début de la paralysie et que l'état des muscles aura été aussi bien conservé et amélioré que possible par la physiothérapie.

P. GRISEL.

J. Sénèque et **A. Sicard.** ***Les avantages de la réduction en position de décubitus dorsal dans les fractures de la colonne vertébrale (fractures dorso-lombaires)*** [*Journal de Chirurgie*, t. 45, n° 2, Février 1935, p. 161-169]. — La correction en hyperextension dorso-lombaire, obtenue dans le décubitus ventral, des procédés de Watson Jones, de Böhler, a ses inconvénients et ses impossibilités, aussi le procédé primitif, réalisant l'hyperextension correctrice dans le décubitus dorsal, mérite-t-il d'être repris. Il est supporté par le blessé non anesthésié; il obtient dans tous les cas, sans contre-indication, la lordose maxima et, par suite, la meilleure réduction.

S. et S. décrivent leur technique employée avec succès dans 2 cas de fracture dorso-lombaire; elle dérive, comme celle toute récente de Schotte, de celle établie autrefois par Dandridge puis par Stimson.

Le blessé est revêtu d'un jersey capitonné au niveau des saillies osseuses et fendu sur les côtés pour le passage d'un champ de toile résistante large de 15 cm., mis au contact de la peau au niveau du foyer de fracture. Les deux extrémités de ce champ sont perforées pour le passage d'une bande de toile sur laquelle le crochet d'un appareil à suspension de Sayre exercera une traction verticale.

Le blessé ainsi préparé est immobilisé sur une table de Ducroquet, le dos soutenu par des coussins. La traction est alors exercée progressivement jusqu'au moment où les épaules perdent contact avec la table et qui est celui où la lordose correctrice est complète. Les coussins sont enlevés et un corset plâtré confectionné.

Comme dans la méthode de Böhler, la mobilisation, la gymnastique trouvent ici leur emploi précoce. P. Grisel.

L'ODONTOLOGIE (Paris)

Mario Deveze (Buenos-Ayres). ***Nouvelle contribution aux hormones salivaires*** (Résumé) [*L'Odontologie*, vol. 73, n° 1, Janvier 1935, p. 22-26]. — D'après D., les glandes salivaires auraient une action hormonale. Après énervation des glandes, leur sécrétion est augmentée par l'adrénaline. L'ablation des glandes salivaires provoque une glycosurie transitoire, de l'amaigrissement, de la somnolence, de l'hypothermie (Pugliard). Il y a des interactions entre les glandes salivaires et le système endocrino-sympathique. La sympathine et la thyroxine augmentent la sécrétion salivaire. A noter la coexistence des parotidites avec les orchites, les ovarites, plus rarement avec les pancréatites et le ptyalisme dans la grossesse. Il y a des rapports incontestables entre le pH salivaire et l'équilibre acide base du sang (de la Fuente, Tempestini, Saraval).

L'hormone, sécrétée par les glandes salivaires, que l'on retrouve dans la salive et dans le sang des gencives, doit être différenciée des hormones éliminées par la salive (insuline, hormone ovarienne chez la femme enceinte).

D. attribue un rôle morphogénétique et protecteur du système dentaire à l'hormone issue des glandes salivaires. C. Ruppe.

REVUE DU RHUMATISME (Paris)

G. Mouriquand (Lyon). ***Les rhumatismes chroniques et dysendocrinie*** (*La Revue du Rhumatisme*, t. 1, n° 10, Décembre 1934, p. 733-760). — Des travaux récents ont attribué le rhumatisme chronique déformant, généralisé de Charcot, à un trouble parathyroïdien. Cette conception est basée sur les améliorations obtenues dans certains cas par la parathyroïdectomie. Cette amélioration est précoce; elle peut être éphémère ou ne pas se produire, parfois elle se maintient des mois et des années; elle n'est jamais suivie de guérison des lésions articulaires, mais seulement de la disparition des crises douloureuses et d'une modification souvent importante de la trophicité de la peau et des muscles. L'hypercalcémie, constatée dans le rhumatisme chronique généralisé, est loin d'être constante. Est-il légitime de l'attribuer à un trouble parathyroïdien primitif?

Si la preuve du rôle des parathyroïdes dans le rhumatisme de Charcot est difficile à donner, il existe presque toujours, au cours de celui-ci, un trouble du métabolisme calcique important et des faits contradictoires restent à expliquer. L'injection de parathormones, qui devrait aggraver l'affection, a donné, dans quelques cas, d'importantes sédations des spasmes et des douleurs.

Certains rhumatismes chroniques paraissent relever de troubles thyroïdiens ou de troubles ovariens, « mais ces rhumatismes sont généralement considérés comme primitivement dystrophiques, non inflammatoires et, de ce fait, nullement assimilables au rhumatisme chronique progressif généralisé où prédominerait l'inflammation ». Cette façon d'envisager les choses se heurte dans la réalité à divers obstacles. Robert Clément.

P.-P. Ravault et **D. Vincent** (Lyon). ***Rhumatisme chronique et calcémie*** (*La Revue du Rhumatisme*, t. 1, n° 10, Décembre 1934, p. 761-775). — En utilisant la technique de Velluz et Deschazeaux, R. et V. ont dosé le calcium sanguin de 24 malades, atteints de rhumatisme chronique de formes et de localisations diverses.

De la lecture des résultats, il ressort que l'hypercalcémie est rarement observée dans le rhumatisme chronique. Elle a été rencontrée une fois sur 11 cas de rhumatisme de Charcot, une fois sur 5 cas de rhumatisme d'Heberden; dans l'ensemble, 4 sujets sur 24 méritent d'être considérés comme hypercalcémiques (1/6). En revanche, il y a souvent un certain degré d'hypocalcémie: 3 fois sur 11 rhumatismes de Charcot, 2 fois sur 5 rhumatismes d'Heberden. Mais l'écart est peu considérable entre les chiffres extrêmes, 88 et 131 milligr. Les calcémies basses entre 88 et 100 sont à peine éloignées de la normale; les hypercalcémies entre 115 et 131 sont modérées. En élargissant un peu les limites de la calcémie normale, on y ferait entrer tous les chiffres obtenus au cours des arthropathies chroniques.

Ces dosages ne montrent guère de rapport entre le taux de la calcémie et la forme anatomo-clinique du rhumatisme chronique. Il ne semble pas non plus que l'ancienneté du processus, son caractère plus ou moins évolutif, l'âge du malade aient une influence sur le taux du Ca sanguin.

R. et V. ne pensent pas que « mis à part certains cas exceptionnels, l'hypercalcémie, notée dans le rhumatisme chronique, soit le témoin d'une hyperparathyroïdie primitive et que, par conséquent, le rhumatisme déformant soit l'expression d'une affection localisée initialement dans les glandes parathyroïdes ».

Il faut plutôt chercher la raison d'être des variations de la calcémie observée dans les arthrites chroniques, d'une part dans les mutations calciques locales qui s'effectuent au niveau des lésions ostéo-articulaires et dans l'ensemble du squelette et, d'autre part, dans certaines propriétés encore mal connues des tissus de ces malades.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Heinz Kalk. ***Syphilis gastrique chez un garçon atteint de syphilis congénitale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 13, n° 51, 22 Décembre 1934, p. 1823-1825). — Les observations de syphilis gastrique se sont beaucoup multipliées au cours de ces dernières années, mais dans beaucoup de cas la preuve qu'il s'agissait de syphilis n'a pas été faite d'une manière suffisante. Cependant, d'après K., il est bien des cas de syphilis gastrique diagnostiqués cliniquement qui doivent être considérés comme sûrs bien que le diagnostic histologique n'ait pu être fait.

K. donne l'observation d'un garçon de 14 ans qui, depuis deux ans, présente des douleurs gastriques immédiatement ou une demi-heure après les repas, douleurs qui sont souvent suivies de vomissements. Ces troubles ont disparu pendant quelques mois, puis ont reparu en même temps que l'enfant maigrissait tout en conservant son appétit. L'examen ne montre rien de bien particulier, sauf une vitesse anormale de la sédimentation des globules rouges et l'absence d'acide libre dans le suc gastrique. L'examen aux rayons Rœntgen montre que les replis de la muqueuse gastrique ne peuvent pas être rendus visibles, que l'estomac présente une forme de sablier, que les mets stagnent dans l'œsophage, que le péristaltisme ne s'observe que dans la région prépylorique Ainsi, l'estomac présente de la rigidité et un épaississement des parois avec suppression du relief. On pense à une tumeur maligne et on intervient (Sauerbruch).

Une induration de la grosseur d'un pruneau est trouvée au voisinage de l'angulus et il existe des ganglions indurés au voisinage de la petite courbure. On fistulise une anse jéjunale en vue de l'alimentation artificielle. L'examen histologique d'une pièce fait faire le diagnostic de gastrite chronique.

Cependant, l'état ne s'améliore pas sensiblement et K., ayant eu l'occasion d'examiner l'enfant, constate l'existence de dents d'Hutchinson, de kératite, de rhagades cicatrisées au voisinage de l'angle de la bouche, d'un palais ogival avec nez en selle marqué. La réaction de Wassermann est fortement positive. Le père reconnaît avoir contracté la syphilis et avoir été peu traité. Il fait l'impression d'un paralytique général bien que les réactions sanguines soient chez lui négatives. La mère a 4 enfants bien portants et n'a pas eu d'avortement et ses réactions sont négatives.

K. fait donc le diagnostic de syphilis gastrique à cause de la périodicité des douleurs, des vomissements, de la diminution du poids malgré le bon appétit, de l'achylie, de l'accélération de la sédimentation, de l'anémie avec lymphocytose relative et de la rigidité avec infiltration dans la région du corps de l'estomac. Un nouvel examen histologique de la pièce opératoire ne permet pas de constater de lésions nettement syphilitiques. Un traitement antisyphilitique fait disparaître les troubles de sorte que l'alimentation peut se faire par la bouche sans aucun inconvénient, mais l'achylie réfractaire à l'histamine persiste.

A ce propos, K. remarque que 3 cas de ce genre seulement ont été publiés en Amérique (2 cas de Le Wald et 1 cas de Verbrycke).

P.-E. Morhardt.

F. Parkes Weber. ***Erythrémie avec migraine, goutte et thrombophilie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 14, n° 1, 5 Janvier 1935, p. 15-17). — L'observation de W. concerne un homme de 43 ans, assez maigre, d'aspect érythrémique, à rate volumineuse, présentant depuis 1922 des crises douloureuses du genre de la migraine ophtalmique souvent associée à de la diplopie et, depuis 1929, à de l'arthrite goutteuse accompagnée de tophi. L'examen du sang donne les résultats suivants: hémoglobine 132 pour 100, érythrocytes 9,5 millions, leucocytes 14.900 dont 1 pour 100 de myélocytes et 5 pour 100 de monocytes. En 1933, le malade entre à l'hôpital dans un état qui fait songer à une thrombose de la petite branche de la coronaire. En même temps, la rate augmente fortement de volume: il apparaît des palpitations de cœur et on n'arrive à obtenir aucune amélioration ni par la phénylhydrazine, ni par les injections d'extrait de rate, ni par un régime riche en graisse. Après une amélioration générale, concernant également les phénomènes de goutte, le malade a brusquement du mélæna et meurt.

A l'autopsie, on constate l'absence d'ulcus, affection à laquelle on avait songé pendant la vie et l'existence d'un infarctus par thrombose ou par embolie des veines de l'iléon. La rate est bourrée de cicatrices d'infarctus et l'artère hépatique présente une vieille thrombose.

W. remarque que, dans beaucoup de cas, l'érythrémie est associée à des thromboses artérielles et que, d'après Lüdeke, il existerait, en pareil cas, une disposition pathologique à la formation répétée de thromboses, disposition dont ce dernier auteur a pu retrouver 60 observations dans la littérature. Dans 14 cas seulement, l'examen du sang a été publié et il y avait 10 fois polycythémie. D'autre part, l'érythrémie est souvent compliquée de goutte. Il est possible, d'autre part, que la migraine constatée chez ce malade soit due, en dernière analyse, à l'érythrémie agissant par l'intermédiaire de la goutte.

W. remarque, en outre, que, chez ce sujet, le nombre des leucocytes était, comme d'ordinaire, en pareil cas, relativement plus élevé que celui des érythrocytes et qu'on est en conséquence intéressé à parler d'érythroleucémie. On constate, d'ailleurs, tous les intermédiaires entre l'érythrémie pure, les érythroleucémies et les leucémies myéloïdes malignes. Il est très rare d'observer le type de leucémie bénin sans érythrémie. Par contre, l'élément leu-

cémique du sérum peut devenir malin quand les leucocytes et les myélocytes dépassent 100.000. On objecte à la théorie néoplasique des leucémies que les organes leucémiques ne provoquent pas de réactions tissulaires semblables à celles que provoque le néoplasme malin ordinaire. Il s'agit là d'une propriété générale des cellules du sang qui, normalement, ne lèsent pas les tissus périvasculaires et qui conservent cette propriété alors même qu'elles sont devenues malignes.

P.-E. Morhardt.

J. Olivet. ***Notions fondamentales sur la question de l'hypertonie maligne (Forme évolutive cérébrale, pseudo-urémie maligne)*** [*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 2, 12 Janvier 1935, p. 47-51]. — Après avoir rappelé que, pour Becher, l'encéphalopathie angiospastique peut affecter trois formes: une forme apoplectique, une forme dyspnéique et une forme psychosique, O. remarque que la différence essentielle entre les urémies vraies et la pseudo-urémie est constituée par le fait que dans la première seule il existe de l'insuffisance rénale. Dans la seconde, on constate souvent des céphalées extrêmement pénibles, des troubles sensoriels passagers, des accès convulsifs, de l'aphasie et surtout des troubles psychiques aigus. Ces états figurent souvent, mais non toujours dans le tableau de l'hypertension pâle. Ils sont passagers et, en général, suivis soit d'urémie vraie, soit d'insuffisance cardiaque, soit d'apoplexie.

O. donne deux des six observations de ce genre qu'il a pu étudier et qui ont évolué avec des phénomènes de pseudo-urémie avec fonctions rénales et circulatoires bien conservées ou en tout cas suffisantes. Le symptôme prédominant a été la céphalée qui a souvent précédé de longtemps la maladie proprement dite. Un autre symptôme est constitué par la dyspnée du type de Cheyne-Stockes, conditionnée par des troubles circulatoires des centres. Il survient également des accès de vertige, des troubles de la conscience, des nausées, de l'angoisse, de l'incertitude de la marche, allant jusqu'à des ictus cérébraux avec troubles de la parole, obnubilation profonde, etc. Ces accès sont généralement passagers et peuvent entraîner des troubles psychiques et notamment des états confusionnels. Quand les symptômes cérébraux apparaissent, le cours de la maladie devient souvent très rapide.

Parmi les symptômes constants figurent les altérations du fond de l'œil (rétinite albuminurique) et l'augmentation de la pression du sang qui dépasse 200 mm. Ces deux signes sont d'un mauvais pronostic. Les fonctions rénales sont conservées dans tous les cas.

Au point de vue anatomo-pathologique, la pseudo-urémie est très caractérisée. Toutes les artères et toutes les artérioles du cerveau ont une paroi épaissie et font saillie sur la surface de section. Dans aucun de ces cas, il ne s'est trouvé de diminution marquée de l'épaisseur de l'écorce des reins. Ce sont donc les artères cérébrales qui ont entraîné la mort. En somme, pour O., le nom de néphro-sclérose maligne, qui ne désigne qu'un symptôme et pas même le plus important, devrait disparaître et faire place à celui d'hypertonie maligne ou encore, comme le veut Otfried Müller, à celui d'hypertonie artério-scléreuse.

P.-E. Morhardt.

Franz-X. Hausberger. ***Régulation nerveuse du métabolisme des graisses*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 3, 19 Janvier 1935, p. 77-79). — Comme Goering et indépendamment de cet auteur, H. a réussi à montrer que les dépôts de graisse reçoivent une innervation spécifique et indépendante de celle des tissus avoisinants. H. a poursuivi des expériences qui ont porté sur les masses graisseuses interscapulaires des souris et des lapins. Chez des souris, ces masses sont à petites vacuoles et possèdent par suite la propriété de se modifier très rapidement sous l'influence de l'alimentation. Ces organes sont pairs, de sorte qu'il est possible d'en énerver l'un d'eux indépendamment de l'autre. Sur 37 souris sur lesquelles une intervention de ce genre a été faite, on a constaté que la section des nerfs a pour conséquence l'arrivée, au bout de 10 heures déjà, dans le tissu intéressé, d'un courant de glycogène qui est transformé immédiatement en graisse. Au bout de 3 à 5 semaines, la masse graisseuse atteint un maximum qu'elle ne dépasse plus, et alors les petites vacuoles sont devenues à peu près aussi grosses que celles d'un tissu à grosses vacuoles.

Chez les 16 animaux, opérés à l'état de jeûne, on a constaté que la masse énervée accumulait de la graisse plus vite et plus abondamment. Chez des animaux soumis au jeûne après l'intervention, l'augmentation des réserves dans l'organe énervé est également accélérée. Cependant, si le jeûne se prolonge, l'organe énervé finit par perdre lui aussi ses réserves, et même ses dernières réserves disparaissent un peu plus tôt que celles de l'organe à connexions nerveuses intactes. Ainsi, tant que l'hypolipémie n'est pas trop faible, l'énervation permet de constituer des réserves et doit, par conséquent, être considérée comme ayant diminué le seuil du tissu intéressé pour les graisses. Inversement, le tissu normal serait soumis à un tonus nerveux qui empêche l'exagération des dépôts ou qui, s'il est nécessaire, détermine la fonte de ces dépôts. H. remarque à ce sujet qu'on a constaté chez beaucoup d'obèses une lipémie inférieure à la normale. On ne saurait donc prétendre que le métabolisme périphérique des graisses soit un problème purement physique, résolu par l'équilibre des masses. Les tissus, dans lesquels se font des dépôts, jouent un rôle en réalisant ce que Bergmann a appelé une « tendance lipomateuse ». D'autre part, les études histogénétiques et morphologiques de Wassermann ont montré que le tissu graisseux constitue un système spécial qui ne peut pas être confondu avec celui du tissu conjonctif.

P.-E. Morhardt.

G. Perémy. ***Observations cliniques sur 80 cas de tumeurs hypophysaires*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 3, 19 Janvier 1935, p. 92-94). — Au cours des dix dernières années, il a été observé, à la clinique médicale de l'Université de Budapest, 80 cas de tumeurs hypophysaires que P. a examinés. Sur ces 80 cas, 35 étaient acromégaliques. Chez ceux-ci, le maximum de fréquence s'est observé entre 20 et 25 ans, puis entre 41 et 45 ans. La fertilité des 16 femmes, qui figurent dans ce groupe, paraît avoir été normale. D'ailleurs, l'acromégalie est souvent survenue pendant la grossesse ou après l'accouchement. Chez 3 acromégaliques, il y avait syphilis, mais il ne semble pas que cette affection joue un rôle étiologique dans l'atteinte de l'hypophyse.

Parmi les symptômes observés chez ces malades, ceux de tumeur cérébrale (3 cas), de troubles visuels (2 cas), stase de la papille (6 cas), ont été plutôt rares. Au point de vue du métabolisme, la glycosurie a été observée 3 fois chez les femmes et le métabolisme de base conservé 16 fois sur 33, vraisemblablement par production exagérée de l'hormone thyrotrope. Dans 2 cas, cependant, le métabolisme de base a été inférieur à la normale. Sur les 35 malades, il y a eu 5 morts, 12 dont on n'a pas eu de nouvelles, 16 qui continuent à travailler et qui ont d'ailleurs été traités par les rayons Rœntgen. L'intervention ne serait utile que dans les cas où la vision s'altère rapidement et dans ceux où la pression intracranienne est très élevée.

Dans un second groupe figurent 45 malades présentant des tumeurs de l'hypophyse. Ces malades accusent plus souvent que les acromégaliques une altération des fonctions hypophysaires. Sur 24 femmes, il en est 10 dont les règles ont apparu tardivement, 1 qui n'a jamais été réglée, 5 dont les règles ont toujours été irrégulières et rares. La fertilité n'a cependant pas diminué (36 enfants pour 16 femmes mariées).

Ces tumeurs ont déterminé, dans la moitié des cas, des symptômes d'hypertension intracranienne et, dans un tiers des cas, des phénomènes de stase de la papille. Seuls 2 malades n'ont présenté jusqu'à la mort aucune altération de la vision. L'hémianopsie bi-temporale n'a été observée que dans un sixième des cas. Les troubles de l'odorat et du goût sont importants et ont été observés dans un quart des cas. De même, la parésie de la IIIe et de la Ve paires craniennes a été fréquente. Dans plusieurs cas, on a constaté des troubles endocriniens et notamment des pertes de poids de 10 à 20 kilogr., sans qu'il survienne de cachexie proprement dite, ni de symptômes caractéristiques, ni de syndrome net de la dystrophie adiposo-génitale. Dans 2 cas, il y avait nanisme. Chez la moitié des hommes, il y avait impotence sexuelle avec atrophie des organes sexuels. Chez les trois quarts des femmes adultes, les règles avaient cessé. Le repas d'épreuve d'Ewald a été administré à 8 de ces malades et a permis de constater quatre fois de l'achlorhydrie alors que sur 5 acromégaliques on avait constaté 3 fois de l'hyperacidité.

Pour ce deuxième groupe, le pronostic est beaucoup plus mauvais que pour le premier. Sur 45 malades, il en est 15 qui sont morts.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
(Berlin)

H. G. Würthl. ***Le traitement physique de la constipation*** (*Fortschritte der medizin*, t. 53, n° 2, 14 Janvier 1935, p. 24-28). — Pour combattre la ***constipation*** (*Fortschritte der Medizin*, t. **53**, n° 2, lement la plus fréquente, W. préconise la gymnastique abdominale dont il détaille les modalités.

On la fera le corps dévêtu, d'abord en décubitus horizontal. On aura soin de bien faire bomber en avant la paroi abdominale pendant l'inspiration pour faire descendre à fond le diaphragme, et on la rétractera pendant l'expiration. A défaut d'un moniteur de gymnastique pour apprécier l'exécution correcte de ces mouvements, on peut se servir d'un sac de sable de 3 à 5 kilogr., placé sur le ventre et préalablement chauffé, qui produit en outre une sorte de massage. Après avoir fait cet exercice respiratoire pendant une dizaine de minutes, on le répétera en position génu-pectorale, puis on l'exécutera en positions latérales gauche et droite. On passera ensuite à des mouvements de pédalage faits alternativement avec les deux jambes en décubitus dorsal. Enfin on exécutera des flexions du tronc également en décubitus dorsal, en expirant pendant la flexion et en inspirant pendant le retour du torse en arrière.

On réservera le massage abdominal aux formes atoniques de constipation. Il s'exécutera sur le dos, mais le thorax fléchi à 30° au moyen de coussins, et les jambes fléchies de façon à relâcher au maximum la paroi abdominale.

Pour faire cesser le spasme anal, fréquent chez certains constipés, on fera une dilatation prudente de l'anus.

Enfin la défécation doit avoir lieu, les genoux maintenus le plus haut possible, c'est-à-dire sur des sièges bas ou encore à la turque.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

N. W. Barker, G. E. Brown et **G. M. Roth.** ***Effet des extraits de tissus sur les douleurs musculaires d'origine ischémique (Claudication intermittente)*** [*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 1, Janvier 1935. p. 36-43]. —

On connaît les bons résultats que donnent divers extraits de tissus (pancréas, muscle strié, etc.) dans les douleurs angineuses et dans la claudication intermittente.

Pour apprécier plus exactement l'effet de cette médication, B., B. et R. ont imaginé une épreuve de claudication (marche à la cadence de 120 pas par minute jusqu'à ce qu'une gêne assez intense se produise pour forcer le malade à s'arrêter). Ils ont soumis à cette épreuve des malades atteints d'affections artérielles oblitérantes. Ayant ainsi précisé par des épreuves répétées le « temps de claudication », ils ont injecté par voie intramusculaire divers extraits: extrait pancréatique, privé d'insuline, extrait de muscle strié, acide adénosine-phosphorique, adénosine, et recherché leur effet sur le temps de claudication et sur la température superficielle, ce qui permet d'apprécier la vaso-dilatation produite.

Ils ont noté un allongement du temps nécessaire pour produire la claudication intermittente chez 92 pour 100 des 55 malades atteints de thrombo-angéite oblitérante et d'artériosclérose oblitérante à la suite de l'injection d'extrait pancréatique. On constata un effet semblable chez une série de 8 malades atteints de maladie de Buerger après injection d'extrait de muscle (myostone); ce dernier ne produisit un allongement du temps de claudication que chez un seul malade atteint d'artériosclérose oblitérante. Le myostone pris par la bouche produisit un effet analogue, mais plus transitoire, chez la plupart des patients atteints de claudication intermittente. On observa une augmentation du temps de claudication nette, mais moins frappante, dans 4 cas où les malades reçurent, soit de l'acide adénosine-phosphorique, soit de l'adénosine par voie intramusculaire.

Ces résultats ne peuvent pas être mis sur le compte d'une vaso-dilatation; ils sont la conséquence d'une action s'exerçant directement sur les muscles ischémiques qui se contractent.

P.-L. Marie.

M. A. Glaser, C. P. Imerman et **S. W. Imerman.** ***L'encéphalite et la myélite hémorragiques consécutives aux injections intraveineuses d'arsénobenzol*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 1, Janvier 1935, p. 64-79). — Analysant une série de 158 accidents du côté du système nerveux central consécutifs à des injections intraveineuses d'arsénobenzol, G., I. et I. ont trouvé une mortalité de 26 pour 100. Dans l'ensemble, la proportion est faible par rapport au nombre des malades traités et au nombre d'injections; on note, en effet, un décès par 5.398 cas traités et par 28.768 injections.

Le terme d'encéphalo-myélite hémorragique prête à la critique, car il n'y a pas inflammation; il s'agit en réalité de nécroses périvasculaires avec foyers hémorragiques.

La réaction toxique peut se produire en dehors de la syphilis, témoin les 2 cas personnels relatés par les auteurs au cours d'une angine de Vincent n'ayant reçu que deux faibles doses; elle est indépendante de la dose injectée, du nombre des injections, de la toxicité du médicament lui-même, de l'âge et du sexe du patient. Elle se montre le plus souvent après la seconde dose, mais on a constaté des accidents après la quinzième dose. De plus, il y a des cas où le médicament n'a pas produit tout d'abord d'effets fâcheux, mais en a causé quand il a été repris plusieurs années plus tard.

Les accidents se montrent de 12 heures à 70 jours après l'injection, mais d'ordinaire dans les 12 jours suivants. Les symptômes principaux sont la céphalée, les vomissements, l'excitation nerveuse, les frissons, les vertiges, accompagnés de fièvre, de cyanose et de troubles de la respiration et du pouls. Du côté du système nerveux, on note des convulsions, de la perte de conscience, des modifications pupillaires, des paralysies oculaires, des troubles des réflexes et des sphincters, des troubles mentaux, de l'hémiparésie et de la raideur de la nuque. Les examens de laboratoire indiquent la présence d'une néphrite aiguë dans un assez grand nombre de cas et de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Anatomiquement, les lésions peuvent atteindre l'encéphale ou la moelle, isolément ou simultanément; les méninges peuvent être touchées; on note alors des signes cliniques de méningite. La réaction est d'ailleurs plus diffuse que focale et le diagnostic clinique dérive de l'organe le plus touché; c'est ainsi que l'on parlera d'encéphalite, de myélite ou d'hépatite.

Pour éviter ces accidents, on s'abstiendra de l'arsénobenzol chez les malades ayant des lésions rénales; on observera une technique irréprochable pour les injections; on pourra donner de l'éphédrine ou de l'atropine avant d'administrer l'arsénobenzol. Curativement, on emploiera l'adrénaline, l'hyposulfite de sodium ou mieux de calcium, le déhydrocholate de sodium, le chlorure de calcium, la solution de glycose à 50 pour 100, les sédatifs (barbiturates, éther, etc.); on s'efforcera de diminuer la pression intracranienne par des mesures médicales (ponction lombaire, cure de déshydratation par les injections intraveineuses hypertoniques de glycose, 50 à 100 cmc de solution à 50 p. 100 toutes les 4 heures) ou même chirurgicales (laminectomie décompressive, quand il existe un blocage du liquide céphalo-rachidien, ou trépanation décompressive).

P.-L. Marie.

NEW YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

David D. Berlin et **H. L. Blumgart.** ***Le traitement des cardiopathies chroniques incurables par thyroïdectomie totale*** (*New York State Journal of Medicine*, t. **34**, n° 24, 15 Décembre 1934, p. 1047-1051). — En abaissant le métabolisme basal par thyroïdectomie totale, on peut espérer diminuer la disproportion entre les besoins tissulaires et l'apport sanguin réduit du fait d'une cardiopathie chronique, et rétablir aussi un certain équilibre.

Au cours des affections cardiaques chroniques, lorsque le traitement est incapable de produire une amélioration, on peut essayer la thyroïdectomie. Les malades atteints d'angine de poitrine sont ceux qui courent le moins de risques; lorsqu'il y a association d'asthme cardiaque, l'intervention est plus sérieuse. Les asystoliques congestifs doivent être choisis avec grand soin.

L'ablation de la thyroïde ne modifie pas la lésion cardio-vasculaire. Si le processus pathologique est rapidement progressif, il est probable qu'il continuera après l'opération et que l'amélioration sera courte. Les cas les moins favorables sont ceux de maladies rapidement progressives, particulièrement les hypertensions artérielles malignes, les affections cardio-vasculaires syphilitiques. L'opération ne doit pas davantage être entreprise lorsqu'il y a une infection pulmonaire active, une poussée rhumatismale aiguë, un trouble fonctionnel rénal ou de l'azotémie. Elle est contre-indiquée lorsque le métabolisme basal est au-dessous de — 20 pour 100. Pour espérer un succès, il faut que le cœur affaibli présente encore quelques réserves.

De 40 malades opérés pour asystolie congestive, 22 ont maintenu leur compensation fonctionnelle 2 à 17 mois après l'opération; 5 ont présenté une nouvelle décompensation temporaire, mais sont à présent bien; 6 sont morts 1 à 11 mois après l'opération; 2 n'ont présenté aucune amélioration; 5 sont trop récents pour qu'on puisse juger du résultat. Les 22 sujets améliorés travaillent ou sont capables de travailler.

Sur 20 angines de poitrine, 13 ont eu une amélioration notable qui dure depuis 2 à 17 mois (ils n'ont pas eu d'attaques); dans 4 cas, le mieux fut léger, et dans 3, nul. Aucun décès post-opératoire.

Sur un total de 60 opérations, il y eut 6 morts au cours de l'intervention, toutes durant la première période de recherches. L'asystolie et la broncho-pneumonie furent la cause de la mort vérifiée à l'autopsie.

Robert Clément.

ARCHIVES OF SURGERY

(Chicago)

Carl W. Rand et **Raymond G. Taylor** (Los Angelès). ***La radiothérapie dans le traitement des tumeurs de la glande pituitaire*** (*Archives of Surgery*, vol. **30**, n° 1, Janvier 1935, p. 103-150). — Cet article est le résumé de 23 cas de tumeurs de l'hypophyse qui ont été traitées par la radiothérapie. Dans l'ensemble la radiothérapie est susceptible de donner un certain résultat; il semble qu'il y ait non pas une régression des symptômes mais plutôt un arrêt dans l'évolution de la maladie; en particulier après le traitement l'état des symptômes oculaires et des signes d'acromégalie persistent inchangés mais sans aggravation, tout au moins dans les cas favorables. R. et T. n'ont pas eu la possibilité d'étudier l'anatomie pathologique de ces tumeurs après radiation.

Si l'on étudie l'action des radiations suivant les différentes variétés des tumeurs de l'hypophyse on obtient les précisions suivantes: les adénomes chromophiles dont 5 cas ont été irradiés semblent les tumeurs les plus sensibles puisque certains de ces cas ont été suivis avec des améliorations durant depuis 4 mois jusqu'à 10 ans; inversement les adénomes chromophobes (13 cas) ont des réponses très variables aux radiations et semblent dans l'ensemble beaucoup moins sensibles aux radiations, enfin 2 cas d'adéno-carcinome ont été traités sans résultat et 3 cas d'adénome kystique de la variété chromophobe n'ont pas non plus donné de résultat appréciable.

La conclusion de cet article est que R. et T. malgré le peu de résultats brillants pensent tout de même qu'il est logique de persévérer dans le traitement radiothérapique des tumeurs de l'hypophyse, quand cela ne serait que comme traitement pré-opératoire.

F. d'Allaines.

LE SCALPEL

(Bruxelles)

R. Appelmans et **F. Clayesoons** (Louvain). ***Le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de l'ulcère gastro-duodénal*** (*Le Scalpel*, t. **88**, n° 1, 5 Janvier 1935, p. 13-15). — Chez 2 jumeaux de 28 ans, on a pu observer deux cas d'ulcère gastrique parfaitement superposables, ayant débuté chez l'un par des douleurs post-prandiales depuis 5 à 6 ans et chez l'autre par des douleurs 1 à 2 heures après le repas depuis 7 ou 8 ans. Ce dernier fut opéré d'urgence pour perforation en péritoine libre de l'ulcère, puis 6 semaines après, résection de l'estomac par gastro-pylorectomie large et anastomose termino-latérale transmésocolique sous anesthésie splanchnique.

Le même jour, la même intervention était pratiquée chez le frère. Tous deux avaient un ulcère de la petite courbure de l'estomac, l'un un peu plus grand que l'autre. Tous deux firent une pneumonie post-opératoire et se rétablirent complètement.

L'identité des lésions, apparues à la même époque, chez des jumeaux de même sexe, fait supposer un facteur héréditaire dans leur production. Un cas analogue existe dans la littérature. Il existe aussi des observations d'ulcères chez plusieurs membres de la même famille et d'Amato a trouvé, sur 122 cas d'ulcères, des antécédents héréditaires dans 59,8 pour 100 des cas.

On peut supposer une prédisposition héréditaire se manifestant par des troubles fonctionnels de l'estomac, hyperacidité, anomalie de motilité ou autres causes favorisantes de l'ulcère.

ROBERT CLÉMENT.

P. Govaerts et **P. Cambier**. ***Interprétation des images radiologiques dans les pneumopathies des lobes supérieurs, en particulier dans le cancer pulmonaire*** (*Le Scalpel*, t. **88**, n° 6, 9 Février 1935, p. 161-166). — Aucun signe radiologique ne paraît d'une valeur absolue pour différencier les pneumopathies des lobes supérieurs lorsqu'elles se manifestent par une opacité totale. La limitation de la lésion par un contour net, l'attraction de la trachée du côté malade et l'imperméabilité au lipiodol du territoire opaque n'ont pas de valeur absolue. On peut les retrouver aussi bien dans les abcès fibreux du sommet. Le diagnostic dépend de la confrontation des signes cliniques et de l'image radiologique, l'interprétation est parfois d'autant plus difficile que cancer et abcès peuvent être associés.

Les ombres hilaires qui marquent d'ordinaire, au point de vue radiologique, le début du cancer pulmonaire, sont de deux ordres. Ou bien elles sont arrondies et bien limitées correspondant à un envahissement généralement ganglionnaire, parfois péribronchique, ou bien il s'agit d'une image digitiforme, d'infiltration péribronchique, presque pathognomonique du cancer. Cependant, cette image elle-même peut prêter à confusion : on l'a observée notamment dans l'extension lente d'un processus pneumonique subaigu.

ROBERT CLÉMENT.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

Br. Braun. ***Mécanisme de l'action thérapeutique du facteur de Castle dans la maladie de Biermer*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **13**, n° 45, 4 Novembre 1934, p. 835-838). — Sur deux malades atteints d'anémie pernicieuse, B. reprend les expériences faites par Castle dans le but d'étudier le mécanisme de l'action de cette méthode. Les malades dont B. relate les détails de l'observation reçoivent quotidiennement 60 à 100 cme de liquide exprimé du mélange de 250 gr. de viande de bœuf hachée et soumise pendant une heure à la température de 37° à l'action de 150 cmc de suc gastrique frais, soit de porc, soit de l'homme. La pulpe de viande est également absorbée par les malades. Chez les deux malades, l'heureux effet de la médication a été analogue. Au point de vue hématologique, l'amélioration a été marquée par l'augmentation du nombre de réticulocytes, suivie de l'accroissement du nombre des globules rouges avec retour à la formule normale. La réaction de la moelle osseuse s'est montrée particulièrement caractéristique et traduisait la régénération érythroblastique et la disparition des promégaloblastes et des mégalocytes. Dans le système leucoblastique, les formes atypiques disparaissent; seuls quelques éléments anormaux isolés témoignent de la persistance fruste de la maladie.

Les résultats obtenus par B. confirment les recherches d'autres auteurs qui se sont servis de préparations analogues. Ces résultats prouvent que la guérison de l'anémie de Biermer dépend d'un facteur non isolé, commun à toutes les préparations telles que foie frais, extrait hépatique, addisyne, hémopoïétine. Ce fait enlève la valeur que Castle attribuait à la substance qu'il appelait « extrinsec factor » et la ramène à une signification secondaire puisque l'albumine de la viande, de l'œuf, du foie et même certaines substances non albumineuses comme la levure et l'orge germé possèdent le même pouvoir. En réalité, elles ne servent que de véhicule et de colloïdes protecteurs pour le principe actif « l'intrinsec factor » contenu et sécrété par la muqueuse stomacale.

FRIBOURG-BLANC.

L. Tochowicz. ***Le mécanisme de l'action thérapeutique du suc gastrique normal concentré (addisyne) introduit par la voie parentérale au cours de l'anémie de Biermer*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **13**, n° 45, 4 Novembre 1934, p. 838-841). — T. relate l'histoire clinique de 2 malades atteints de maladie de Biermer et traités exclusivement par l'addisyne. T. a adopté l'emploi des injections sous-cutanées d'extraits acétoniques préparés indifféremment avec du suc gastrique du porc ou de l'homme normal et administré à la dose de 10 à 30 unités d'addisyne (une unité correspondant à 103 cmc de suc gastrique normal). L'injection d'addisyne détermine une poussée thermique à 38° se maintenant pendant 24 à 36 heures. L'effet thérapeutique se manifeste à partir du moment où les malades ont reçu 30-35 unités d'addisyne et se traduit par l'augmentation du nombre de réticulocytes. La régénération embryonnaire du type des mégaloblastes fait place à la régénération de normoblastes. L'anisocytose, la poikilocytose et la microcytose disparaissent. Le nombre des globules blancs augmente, bien que le pourcentage des lymphocytes soit plus faible. Le nombre des mégacaryocytes et des plaquettes sanguines augmente. La quantité de cholestérine revient à la normale. La résistance globulaire augmente. En résumé, on assiste à l'augmentation de l'intensité de la réaction de la moelle osseuse. Parallèlement, l'état général s'améliore, l'appétit se réveille et les lésions de la muqueuse buccale régressent.

Il semble que le facteur antianémique indispensable au maintien de l'équilibre du système hématopoïétique soit un produit de la sécrétion de l'estomac. Le foie joue le rôle de l'organe qui non seulement l'emmagasine et préside à sa distribution suivant les besoins de l'organisme, mais qui le modifie et augmente son efficacité.

FRIBOURG-BLANC.

GRUZLICA
(Varsovie)

L. Manteuffel-Szoege. ***Modifications anatomo-pathologiques des plexus et des nerfs sympathiques chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire intestinale et laryngée*** (*Gruzlica*, t. **9**, n° 4, 1934, p. 439-451). — Dans un travail très documenté et illustré de nombreuses microphotographies M. étudie sur 32 sujets tuberculeux l'anatomie pathologique du système nerveux sympathique. Il constate qu'au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, surtout lorsque celle-ci est compliquée de tuberculose intestinale, les lésions du système sympathique sont très fréquentes. Elles sont dues au voisinage immédiat des foyers tuberculeux et à la compression exercée sur les troncs et le réseau nerveux du plexus sympathique par les ganglions lymphatiques atteints. Les filets et les troncs nerveux plus importants voisinent fréquemment avec les foyers d'infiltration ou de prolifération conjonctive. L'infiltration lymphocytaire gagne fréquemment les fibres du plexus nerveux. D'une façon presque constante on trouve des lésions plus ou moins étendues des fibrilles des cylindraxes se traduisant par leur épaississement. Cependant les lésions cellulaires particulières aux cellules nerveuses soit d'ordre irritatif, soit atrophique sont peu fréquentes. Plus souvent on rencontre des cellules chargées de dépôts pigmentaires. Ces lésions peuvent se rencontrer simultanément et se généraliser sur tout le plexus sympathique ou apparaître seulement partiellement. La tuberculose laryngée donne lieu également aux lésions nerveuses du plexus solaire mais ce n'est pas la règle.

FRIBOURG-BLANC.

V. Mikulowski. ***Le diagnostic clinique précoce de la tuberculose par la méthode expérimentale de Ninni, pratiquée sur le cobaye*** (*Gruzlica*, t. **9**, n° 4, 1934, p. 455-462). — Le diagnostic biologique de la tuberculose par la méthode de Ninni, basée sur l'injection intra-ganglionnaire de substance suspectée de tuberculose, est sensiblement plus rapide que les autres procédés analogues. Les résultats peuvent être obtenus en 10 ou 20 jours. M. injecte dans les ganglions cervicaux des cobayes 30 liquides céphalo-rachidien, 10 liquides d'exsudats, 5 crachats homogénéisés et 2 pus à la dose de 0 cmc 1 de liquide examiné. 10 à 20 jours après l'injection, les ganglions sont enlevés et examinés. Ils contiennent toujours des bacilles de Koch à l'état pur lorsqu'il s'agit de liquides tuberculeux. Ce sont de véritables cultures *in vivo* de bacilles de Koch purs ayant détruit les autres microbes saprophytes.

M. souligne l'intérêt de cette méthode grâce à sa rapidité. Elle peut être utilisée avec avantage dans tous les cas où le diagnostic rapide de tuberculose s'impose; sa pratique serait à préconiser particulièrement dans les services d'hygiène sociale infantile de dépistage de la tuberculose.

FRIBOURG-BLANC.

POLSKI PRZEGLAD CHIRURGICZNY
(Varsovie)

E. Michalowski. ***Les accidents généraux post-opératoires et leur pathogénie (étude sur le rôle de l'histamine)*** [*Polski Przeglad Chirurgiczny*, t. **13**, fasc. 5, 1934, p. 572-596]. — M. expose les résultats expérimentaux obtenus au cours de recherches sur les corps toxiques post-opératoires.

Les produits toxiques libérés dans les plaies opératoires provenant de la désintégration des albumines jouent un rôle primordial dans l'évolution de certains accidents post-opératoires. D'après l'étude comparative de l'action pharmacologique de l'histamine et l'évolution des accidents post-opératoires, c'est à l'histamine qu'il convient d'attribuer le rôle principal. Les réactions biologiques produites sur l'utérus virginal des cobayes démontrent dans le sang des opérés la présence de corps dont l'action est analogue à celle de l'histamine.

FRIBOURG-BLANC.

SPITALUL
(Bucarest)

D. Negru. ***La rœntgenthérapie dans le cancer du sein*** (*Spitalul*, t. **54**, n° 11, Novembre 1934, p. 441-450). — N. rapporte l'étude de 57 cas de cancer du sein; pour N. la chirurgie donne de meilleurs résultats que la radiothérapie; il faut évidemment faire l'évidement des ganglions de la région cervicale.

Il ne préconise pas le traitement rœntgenthérapique pré-opératoire, mais le traitement post-opératoire est indiqué avec des petites doses étalées, en plusieurs séances.

N. recommande l'irradiation de la région cervicale dans tous les cas. Il donne les résultats de 100 cas dont 57 ont pu être suivis, un temps plus long, pour permettre d'apprécier les résultats. La maladie de Paget est traitée comme le cancer du sein. Dans ses conclusions, N. précise :

1° Le cancer du sein présente une localisation difficile à traiter par les rayons Rœntgen.

2° Le cancer opérable du sein doit être traité par la chirurgie; on évidera autant que possible la fosse sus-claviculaire.

3° L'irradiation post-opératoire est indiquée à doses modérées, étalées et répétées.

4° Dans tous les cas, il faut irradier la région

sus-claviculaire qui peut contenir des ganglions néoplasiques (histologiquement).

5° L'irradiation pré-opératoire n'est pas nécessaire.

6° Dans les cas inopérables et les récidives, on ne peut faire que la rœntgen et curiethérapie; on obtient de légères améliorations; parfois, les tumeurs deviennent opérables.

HENRI KRAUTER.

V. Platareano, N. Covali et **C. Andreoiu.** ***Considérations sur les péritonites à pneumocoque avec les observations de deux cas chez l'homme adulte*** (*Spitalul*, t. **54**, n° 11, Novembre 1934, p. 455-465). — Depuis le rapport de Bréchot et Nové-Josserand au XLe Congrès français de Chirurgie, la question des péritonites à pneumocoque est redevenue d'actualité. P., C. et A. citent deux observations. Dans la première, il s'agit d'un homme de 35 ans, hospitalisé pour douleurs abdominales, constipation, inappétence, vomissements et fatigue. La maladie avait débuté par des frissons suivis de température élevée, sueurs, dyspnée, vomissements et douleurs abdominales. A l'examen, on trouve le cœur, le foie et la rate normaux. Aux poumons, des râles de bronchite. Le malade accuse une soif intense. Les vomissements sont fétides. L'abdomen est douloureux, avec une légère contracture, tympanique. On fait le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë et l'on intervient. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'une quantité appréciable de pus jaune verdâtre crémeux avec nombreux placards de fibrine. Les anses intestinales sont dilatées, congestionnées, adhérant en bloc et constituant un véritable diaphragme au niveau de l'ombilic. A l'examen du pus, on trouve du pneumocoque. Le 4e jour, le malade présente 4 gr. 5 d'urée dans le sang et succombe d'urémie.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, hospitalisé pour douleurs dans la fosse iliaque droite, diarrhée et fièvre. Température à 38°, pouls à 58, subictère conjonctival. Le cœur, le foie, la rate, les poumons sont normaux. L'abdomen est ballonné, légèrement contracturé. On intervient pour péritonite appendiculaire. A l'ouverture du péritoine, on détruit prudemment les adhérences intestinales, quand une quantité de pus, fétide, de couleur chocolat, un litre environ, est drainée. Le mauvais état du malade ne permet pas une exploration plus avancée; on referme la paroi et l'on draine le Douglas. On change les pansements pendant 3 semaines environ, la suppuration tarit et le malade quitte le service, guéri. En pratique, les cas de péritonite à pneumocoque sont plus fréquents que l'on ne pense, mais ils restent d'un diagnostic difficile. De l'étude de leurs observations, P., C. et A. tirent les enseignements suivants: considérations d'ordre étiologique: l'âge et le sexe constituent deux causes prédisposantes. *Les péritonites à pneumocoque sont l'apanage de l'âge jeune et du sexe féminin;* on les rencontre rarement chez l'homme adulte. Les péritonites à pneumocoque, isolées, pures, se rencontrent de 3 à 12 ans. Chez l'adulte, la péritonite s'accompagne d'autres manifestations, notamment pulmonaires. Les auteurs italiens et américains insistent sur la fréquence de l'angine. P., C. et A. décrivent ensuite *les 3 phases de la péritonite à pneumocoque: le début* avec ses symptômes (douleurs, vomissements, diarrhée, fièvre, céphalée, herpès, troubles urinaires, la souplesse ou la légère contracture abdominale). On admet, en général, que la péritonite à pneumocoque est toujours généralisée, au début, et qu'elle se localise, secondairement, d'où les nombreuses formes cliniques. La forme la plus fréquente, c'est l'abcès sous-ombilical. Il y a des formes très limitées qui donnent des péritonites enkystées sous-diaphragmatiques, périhépatique, splénique ou autour du cæcum. Bréchot et Nové-Josserand ont décrit les formes pariétales (pré-vésicales). Il n'y a pas de symptôme pathognomonique de la péritonite à pneumocoque; parfois, l'ensemble des signes peut y faire penser. P., C. et A. font ensuite le diagnostic différentiel dont le plus difficile est celui de péritonite appendiculaire. La plupart des auteurs temporisent les 2 ou 3 premiers jours, en présence d'un diagnostic certain et interviennent d'urgence, en cas de doute.

A la période d'état, on temporise. La technique à suivre implique certaines considérations. L'anesthésie locale sera préférée; si l'on doit faire une anesthésie générale, elle sera de courte durée; on évitera l'éther; on pratique une laparotomie médiane ou latérale; on évacue le pus et les placards fibrineux; on draine la cavité abdominale aux points déclives; si l'on trouve facilement l'appendice, on l'enlève. L'ouverture spontanée ne nécessite l'intervention que si elle est ombilicale.

Le traitement médical sera institué en même temps. Les séro et vaccinothérapies n'ont pas donné les résultats escomptés. La transfusion sanguine est utile comme dans les autres septicémies. La chimiothérapie (digitale, camphre, métaux colloïdaux) sera employée.

En conclusion, il faut retenir:

1° En présence d'un syndrome abdominal aigu, même chez l'homme adulte, il ne faut pas exclure la possibilité d'une péritonite à pneumocoque.

2° Il faut chercher, par l'examen clinique et le laboratoire (ponction), pour arriver rapidement à un diagnostic.

3° L'intervention d'urgence, dans une péritonite à pneumocoque, ne constitue pas une erreur thérapeutique, surtout quand le diagnostic est incertain.

HENRI KRAUTER.

C. Bacaloghu et **M. Enachescu.** ***Les sels de calcium en thérapeutique. Leur action favorable dans les rhumatismes chroniques*** (*Spitalul*, t. **54**, n° 12, Décembre 1934, p. 483-492). — B. et E. passent en une revue générale le rôle du calcium dans les phénomènes physiologiques (calcium fixe et circulant) et en décrivent ensuite les multiples applications thérapeutiques. Ils rappellent les données expérimentales et les observations cliniques qui ont déterminé l'emploi du calcium dans la thérapeutique des diverses maladies: *tétanie* (importance du traitement calcique), *tuberculose* (fixation du calcium au niveau des lésions, diminution de la perméabilité vasculaire, donc de la dissémination, augmentation de l'action antimicrobienne des leucocytes), *asthme*, *coryza spasmodique* (grosses améliorations), syndromes purpuriques (Roussel).

Arthus a démontré le rôle joué par le calcium dans la coagulation sanguine. Le rôle du calcium, comme diurétique, dans les ascites, pleuro-péritonites, néphrites, est aujourd'hui connu.

Danielopolou a mis en évidence les propriétés d'amphotropisme du calcium, et son rôle dans le traitement du système végétatif.

Dans les rhumatismes chroniques, l'hypercalcémie n'est pas fréquente; dans la majorité des cas, on trouve une calcémie normale ou plutôt abaissée. Dans les arthrites chroniques, consécutives à des processus synoviaux, on connaît depuis longtemps la décalcification des extrémités. B. et E. ne croient pas, comme les auteurs anglo-saxons, qu'on puisse diviser les rhumatismes en deux classes distinctes: les arthrites et les arthroses, quoiqu'elles présentent un intérêt utilitaire pratique.

En dehors des parathyroïdes, l'ovaire influence le métabolisme du calcium. Baltaceano, en 1928, a observé 2 cas de rhumatisme, où les extraits d'ovaire ont rétabli la calcémie.

Mouriquand, Naussac et Weil ont traité parmi les premiers, en 1932, par le calcium, la maladie de Chauffard-Still (polyarthrite chronique avec adénopathies et splénomégalie).

Graber-Duvernay a publié plusieurs cas de rhumatisme chronique traités et très améliorés par le gluconate de Ca, intraveineux à 10 pour 100, trois injections par semaine, en série de 15 injections. B. et E. rapportent les observations de 3 malades (rhumatisme vertébral et polyarticulaire gonococcique, spondylite lombaire avec symptômes de compression, spondylite chronique de la colonne vertébrale avec arthrite ankylosante des articulations scapulo-humérales) traités par le calcium. Ils ont obtenu des améliorations des troubles subjectifs et objectifs, assez importantes. Ils recommandent le chlorure et lactate de calcium par la voie buccale, et pour agir vite et énergiquement la voie intraveineuse.

HENRI KRAUTER.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

J. Boss. ***La mort par consommation excessive d'aliments*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 50, 15 Décembre 1934, p. 1149-1151). — On doit distinguer parmi les cas de ce genre ceux qui concernent des individus sévèrement malades et ceux qui concernent des individus tout à fait sains. Dans ce dernier cas, la mort peut survenir par suite d'un effort musculaire fait immédiatement après un repas abondant. De nombreux cas de morts au bain rentrent dans cette catégorie et, dans la plupart des cas, on constate une hypérémie des organes de la digestion avec dilatation des canaux chylifères. Une peur, survenue brusquement après un repas abondant, peut avoir le même effet dont le mécanisme n'est pas encore élucidé.

Le cas observé par B. ne rentre dans aucune de ces deux catégories. Il s'agit d'une recrue de 20 ans, physiquement très vigoureuse (champion de la course d'obstacles) qui, la 5° semaine du service, après un jour de travail normal, ressentit une faim canine et paria de manger, en outre du repas du soir habituel, deux livres de pain. Il le fit en y ajoutant beaucoup de beurre et de confiture. Dans la nuit, ses camarades l'entendirent gémir et, le matin, on le trouva mort.

A l'autopsie, on trouve un thymus pesant 15 gr. et mesurant 6 × 4 × 1 cm.; l'aorte est extraordinairement étroite: circonférence de 37 mm. dans le thorax et 36 mm. dans l'abdomen. Les follicules linguaux sont fortement développés; les amygdales mesurent 3 × 2 × 2 cm. La thyroïde pèse 75 gr., la rate 195 gr. et le foie, qui est très gros et très lourd, pèse 2.100 gr. L'estomac est à peu près vide et les anses supérieures du grêle sont pleines d'aliments. Les surrénales sont extrêmement petites, foliacées, l'écorce mesure 1 mm. d'épaisseur, la moelle est encore plus mince.

On fait le diagnostic de *status thymolymphaticus* avec hypoplasie des surrénales, angustie de l'aorte, etc., etc. L'association d'hypoplasie de l'aorte et de *status thymolymphaticus* a déjà été décrite et, d'ailleurs, presque tous les cas de mort subite, survenue après ingestion abondante d'aliments, ont été observés chez des hommes présentant un *status thymolymphaticus*.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

C. I. Urechia et M[me] **Retezeanu.** ***Arthropathie tabétique fébrile*** (*Paris Médical*, t. 24, n° 51, 22 Décembre 1934, p. 516-519). — Chez un homme de 46 ans, ayant contracté la syphilis à 24 ans, on constata à l'âge de 30 ans, un tabes, à 38 ans, un mal perforant au niveau de l'orteil droit. D'autres ulcères trophiques se développèrent au niveau du pied gauche et au niveau du 5e orteil droit; ces deux ulcérations, s'étant infectées, nécessitèrent l'ablation de l'orteil et du métatarsien correspondant. Enfin, cette année, il présenta une arthropathie tibio-tarsienne droite fébrile.

Rien par ailleurs ne justifiant cette température, on ponctionna l'articulation malade. L'ensemencement donna des colonies de streptocoques *viridans* très abondantes, alors que les cultures pour la recherche du bacille de Koch restaient négatives.

Il s'agissait donc d'une arthropathie tabétique infectée secondairement, l'infection s'étant propagée à partir d'un mal perforant infecté. Après l'amputation du pied, la fièvre disparut complètement, affirmant la nature infectieuse de cette arthropathie fébrile.

On a beaucoup discuté sur le mécanisme des arthropathies tabétiques fébriles, sur leur nature infectieuse ou simplement trophique. Les articulations tabétiques atteintes de troubles trophiques constituent un excellent milieu de culture. Leur infection paraît d'autant plus logique qu'il existe souvent un mal perforant infecté.

Cette observation où la nature infectieuse de l'arthropathie a été bien démontrée est à retenir dans le débat sur la nature des arthropathies fébriles.

Robert Clément.

J. Levaditi. ***Caractère inapparent de la poliomyélite épidémique*** (*Paris-Médical*, t. 25, n° 2, 12 Janvier 1935, p. 37-39). — Si la paralysie est le symptôme majeur de la poliomyélite, elle est précédée d'une phase prémonitoire d'infection rhinopharyngée, que l'on retrouve aussi bien cliniquement qu'expérimentalement. Au cours des épidémies, les localisations rhino-pharyngées et gastro-intestinales peuvent exister seules, réalisant ainsi des types cliniques frustes.

L'existence de ces formes frustes ne donnant lieu à aucun symptôme nerveux est confirmée par l'étude épidémiologique de la maladie : la discordance entre le faible pourcentage des cas de paralysie infantile et l'immunité de la majeure partie de la population en territoire atteint, l'existence de porteurs de virus en apparence sains. On peut supposer qu'au cours des épidémies de poliomyélite, exception faite des cas de résistance spontanée, tous les individus d'une région sont atteints, mais à côté des formes paralytiques, il existe des formes où l'infection reste occulte. Ces formes neurologiquement inapparentes assurent la dissémination du virus et expliquent la distribution disparate, erratique, des formes paralytiques.

Robert Clément.

GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE
(Paris)

D. Petit-Dutaillis et **P. Schmite.** ***Névralgie du glosso-pharyngien et son traitement*** (*Gazette médicale de France*, t. 40, n° 3, 1er Février 1935, p. 95-98). — A propos de 2 cas, P. et S. ont pu recueillir 43 observations de cette affection dont la connaissance est récente. La névralgie du glosso-pharyngien se caractérise par des douleurs paroxystiques entre lesquelles l'état est sensiblement normal, localisées au fond de la gorge, au niveau de la base de la langue ou de la région amygdalienne.

Le plus souvent, la crise est déclenchée par un effort de déglutition et irradiant vers l'angle de la mâchoire et le conduit auditif. Entre les crises, on peut localiser la douleur au glosso-pharyngien : il n'y a aucun trouble moteur de la langue, du voile ou du pharynx et aucun trouble du goût.

Les névralgies du glosso-pharyngien sont souvent symptomatiques, soit d'un cancer de l'amygdale ou du pharynx, soit d'un anévrisme de la carotide interne, soit d'une lésion intra-cranienne : tumeur de l'angle ponto-cérébelleux ou arachnoïdite de la fosse postérieure. Quelquefois, elles paraissent secondaires à un processus infectieux.

Les crises se rapprochent et peuvent même devenir subintrantes, créant un véritable état de mal.

Le traitement médicamenteux comprend l'emploi des analgésiques habituels. La physiothérapie ne doit pas être dédaignée. Les injections neurolytiques sont absolument inutilisables, à cause des connexions anatomiques du IX à sa sortie du crâne. Le traitement chirurgical comporte 2 méthodes. La section du nerf à sa sortie du crâne, combinée le plus souvent à une résection segmentaire du tronc, est assez délicate. Théoriquement, la neurotomie rétro-ganglionnaire par voie endocranienne paraît être la meilleure intervention. Sur 2 malades ainsi opérés, une a récidivé 4 mois plus tard, l'autre paraît guéri depuis son intervention qui date de 9 mois.

Robert Clément.

P. Puech et **D. Mahoudeau.** ***Les arachnoïdites opto-chiasmatiques*** (*Gazette médicale de France*, t. 40, n° 3, 1er Février 1935, p. 101-107). — Certains malades ont une baisse rapide et progressive de la vision tendant à la cécité avec atrophie optique. Ils ont un syndrome de pseudo-tumeur de la région opto-chiasmatique. A l'intervention, on ne trouve pas de tumeur, mais 3 types principaux de lésions. Le plus souvent il s'agit d'arachnoïdite opto-chiasmatique authentique, c'est-à-dire un feutrage arachnoïdien qui engaine les nerfs optiques, le chiasma et les fixe anormalement aux formations voisines. Dans la plupart des cas, les tractus d'arachnoïdite partent des grosses artères voisines et il y a un développement anormal de la circulation veineuse. Tantôt il s'agit de bandes solides et bien limitées, tantôt d'une nappe d'arachnoïdite, tantôt de fins pinceaux. Le chirurgien doit libérer ces adhérences avec douceur et délicatesse en évitant de faire saigner.

Dans d'autres cas, le fait dominant est une méningite séreuse de la citerne chiasmatique, véritable arachnoïdite kystique qu'il faut vider.

Plus rarement, les nerfs optiques apparaissent gris, grêles, d'aspect atrophique, on ne voit ni arachnoïdite, ni méningite séreuse. Après une simple exploration, les sujets présentent une récupération visuelle analogue à celle des cas précédents. Quelquefois, les trois aspects s'intriquent à des degrés divers; parfois les lésions sont plus diffuses ou plus étendues en profondeur.

Ces lésions se développent à tout âge. Le début se fait par la baisse de la vision, l'évolution est rapide vers la cécité. Dans les antécédents on trouve souvent des signes infectieux atténués. L'examen du fond d'œil varie. Au début, il n'y a aucune modification, ensuite œdème papillaire et teinte pâle des papilles. Le champ visuel est rétréci sans caractère nettement systématisé. L'examen neurologique est souvent négatif. Parfois on note des symptômes de la série neuro-hypophysaire ou une diminution de l'odorat. Généralement, l'examen radiologique et la ventriculographie ont des aspects normaux.

Il semble que dans la majorité des cas ces arachnoïdites soient d'origine inflammatoire. On a incriminé aussi les traumatismes craniens; souvent il n'est pas possible de mettre en évidence une étiologie nette.

Lorsque les troubles oculaires sont progressifs, il faut opérer sans perdre de temps pour parer à la cécité et ensuite soumettre le malade aux iodures et au mercure et à la radiothérapie.

Sur 31 cas opérés depuis Mai 1932, un seul décès opératoire. Lorsque les malades ne sont pas aveugles depuis longtemps, on peut espérer une récupération fonctionnelle importante. La moitié des opérés de P. et M. a largement bénéficié de l'intervention.

Robert Clément.

M. David et **D. Mahoudeau.** ***Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde (Considérations anatomo-cliniques)*** [*Gazette médicale de France*, t. 40, n° 3, 1er Février 1935, p. 111-131]. — Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde sont les plus fréquents des méningiomes de la base du crâne; ils ont une physionomie clinique et radiologique particulière dans certains cas et leur extirpation est spécialement difficile.

Siégeant à cheval sur l'arête sphénoïdale à laquelle ils adhèrent par l'intermédiaire de la dure-mère, ils présentent une portion dans l'étage antérieur et une autre dans l'étage moyen du crâne. Les méningiomes de type externe sont extra-cérébraux et ordinairement facilement accessibles ; les variétés moyennes et internes sont recouvertes par le lobe temporal et le lobe frontal et fixées à ces derniers par de nombreux vaisseaux. Cette fixation au cerveau et à l'arête sphénoïdale leur donne une physionomie particulière.

Quatre observations illustrent la description clinique et radiologique.

Sur 36 malades atteints de méningiomes de la petite aile du sphénoïde, la méthode d'électro-coagulation unipolaire de Cushing et Bovie semble avoir transformé du tout au tout le pronostic chirurgical des méningiomes de la petite aile du sphénoïde. Avant l'emploi systématique de cette méthode, mise au point par Cl. Vincent et ses élèves, 18 interventions ont donné 13 morts opératoires (75 pour 100); un malade mort 8 mois après, une récidive qui a été réopérée un an plus tard, 3 guérisons qui se maintiennent à l'heure actuelle. Depuis l'emploi systématique de l'électro-coagulation, 17 opérations n'ont entraîné que 3 morts (17 pour 100), 1 malade a récidivé un an 1/2 après, 12 malades sont guéris depuis 1 à 4 ans. Beaucoup des opérés ont repris une vie normale ou voisine de la normale.

Si les méningiomes de la petite aile du sphénoïde nécessitent une intervention particulièrement délicate, ils ne sont pas au-dessus des ressources actuelles de la chirurgie nerveuse.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

Avram I. Raponsky et **Boris I. Raponsky.** ***Le sang des asthmatiques*** (*Suite*) [*Lyon-Médical*, t. 159, n° 50, 16 Décembre 1934, p. 653-672]. — De nombreux examens de sang ont été pratiqués chez 452 asthmatiques.

Le temps de coagulation et le temps de saignement suivent, d'une façon générale, très peu la marche de l'asthme : les variations qu'ils subissent sont insignifiantes et on ne peut en tirer aucune conclusion. L'intérêt de cette recherche est presque nul. Le temps de coagulation est augmenté chez certains asthmatiques cardiaques ou tuberculeux et en général chaque fois qu'il y a aggravation de l'état général.

La sédimentation sanguine chez les asthmatiques purs reste normale tant que l'état général est bon. Associé à une infection telle que la tuberculose, le rhumatisme chronique ou le cancer, l'asthme a une vitesse de sédimentation sanguine accélérée due probablement à l'affection surajoutée.

L'intérêt de l'étude de la sédimentation sanguine chez l'asthmatique est surtout de dépister précocement l'évolution de la tuberculose pulmonaire. L'accélération de la vitesse de la sédimentation précède souvent tous signes cliniques.

Quand la vitesse de sédimentation est accélérée avant le traitement, elle tend à redevenir normale sous l'influence d'une thérapeutique efficace. Par contre, une vitesse de chute normale s'accélère lors d'une médication inefficace.

Les variations du taux de l'hémoglobine suivent, en général, celles du nombre des hématies; la valeur clinique de cette recherche est réduite. Le nombre des globules rouges est normal chez les asthmatiques tant que l'état général reste bon ; ses variations sont subordonnées aux associations pathologiques éventuelles.

Le nombre des leucocytes est légèrement au-dessus de la normale; la leucocytose augmente lorsqu'il y a une infection inflammatoire associée, notamment la tuberculose; elle diminue avec l'amélioration du malade.

L'intérêt de la formule leucocytaire réside avant tout dans l'éosinophilie : celle-ci est très fréquente chez les asthmatiques, mais nullement constante. Il y a, en outre, légère tendance vers la mononucléose (mais celle-ci trouve le plus souvent son explication dans une infection surajoutée).

L'augmentation des métamyélocytes traduit un état général troublé ou une complication et a une valeur pronostique appréciable.

La formule d'Arneth modifiée est la traduction de l'état pathologique de l'asthmatique déviant à droite dans l'amélioration, à gauche dans l'aggravation.

Les réactions à la résorcine et de Besredka ne sont pas spécifiques de la tuberculose et ne présentent aucun parallélisme avec l'état de l'asthmatique.

Sur 452 asthmatiques, les réactions de B.-W., Hecht et Kahn ne sont positives que dans 9,4 des cas. La syphilis n'entre guère dans l'étiologie de l'asthme bronchique.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

M. Perrin (Nancy). ***Compte rendu de plusieurs cas d'intoxication par l'amanite phalloïde, traités par le sérum de Dujarric de la Rivière et guéris*** (*Revue médicale de l'Est*, t. 112, n° 21, 1er Novembre 1934, p. 709-716). — Deux séries de cas d'intoxication par les champignons ont été traités par le sérum antiphalloïdique.

La première comprenait un homme de 38 ans et 2 filles de 17 et 8 ans qui avaient mangé un plat composé de chanterelles et de 3 amanites phalloïdes. Le père et la plus jeune fille présentèrent des coliques 12 heures après, la seconde ne fut atteinte que 24 heures après. Céphalées, vomissements et diarrhée cholériforme étaient les symptômes: le sérum antiphalloïdique fut administré 40 heures après l'ingestion. Le père fut guéri rapidement, l'intoxication des filles dura plusieurs jours.

La deuxième série comprend 4 intoxiqués par un plat de champignons composé de différentes espèces parmi lesquelles *Amanita citrina*, variété alba, et *Amanita rubescens*. Les premiers symptômes apparurent 12 heures après, une fillette de 12 ans succomba le troisième jour de l'évolution ; le quatrième jour, les autres malades plus résistants furent traités par le sérum de Dujarric de la Rivière, ils étaient déjà en meilleur état et l'amélioration fut progressive et non brusque.

Dans les cas d'intoxication par les champignons, où l'on a des raisons de supposer la présence d'amanite phalloïde, il y aura intérêt à essayer le *sérum antiphalloïdique* à demander télégraphiquement à l'Institut Pasteur. On pourra y associer la méthode de Limousin, ingestion de cervelles et d'estomacs frais de lapin.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

K. Hoesch. ***Cholécystectomie chez les porteurs de germes typhiques et paratyphiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, n° 50, 14 Décembre 1934, p. 1913-1915). — Nombre d'auteurs ont protesté contre l'ablation de la vésicule biliaire chez des porteurs de germes typhiques sains. Cette intervention n'est, en effet, pas sans danger et surtout, on a objecté que les bacilles typhiques pouvaient provenir des voies biliaires et non de la vésicule elle-même.

Les résultats du tubage duodénal peuvent donner à ce point de vue de précieuses indications. Selon que les bacilles seront trouvés dans les échantillons A. ou B. on soupçonnera leur présence dans les divers étages des voies biliaires.

Cette étude a permis à H. de poser avec précision l'indication d'une cholécystectomie chez un porteur de germes chronique. Lors de l'intervention on trouva une vésicule malade et les germes typhiques disparurent des selles après l'intervention.

Il est intéressant de noter que l'élimination bacillaire était intermittente, du fait de la stase vésiculaire provoquée par les lésions de l'organe.

Une 2e observation analogue montre l'utilité dans certains cas, d'une cholécystectomie chez les porteurs de germes paratyphiques.

G. Dreyfus-Sée.

H. Berger. ***L'électro-encéphalogramme humain*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, n° 51, 21 Décembre 1934, p. 1947-1949). — L'écorce cérébrale humaine peut être explorée électriquement à l'aide des procédés décrits par B. en 1924. La courbe de la tension électrique est mesurable au niveau de la surface encéphalique, de la dure-mère, du crâne et même des téguments.

B. décrit les appareils qu'il a employés et à l'aide desquels il a exploré le système nerveux au cours de plusieurs affections de l'encéphale. Il a observé en particulier les modifications lors de la narcose obtenue par différents produits.

Des courbes intéressantes ont été fournies aussi lors d'intoxication par le gaz et au début des accès épileptiques.

Enfin, physiologiquement, on peut constater que l'enfant nouveau-né n'a pas de réactions électriques encéphaliques, et que sa courbe tensionnelle qui se développe à partir des premières semaines ne prend sa forme normale qu'après plusieurs années.

Les meilleures courbes sont obtenues chez les sujets adultes, sains, en bonne santé et parfaitement calmes. Les émotions, la peur, la douleur, modifient la courbe. Durant le sommeil les oscillations sont diminuées.

Il est intéressant d'étudier la durée de la phase qui sépare l'excitation de la réaction.

Enfin l'étude des syncopes a fourni des résultats intéressants, en ce qui concerne les conditions déterminantes de ces accidents.

G. Dreyfus-Sée.

P. Pannorst. ***Etude de jumeaux atteints de diabète sucré*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 60, n° 51, 21 Décembre 1934, p. 19501 1952). — L'étude des jumeaux peut fournir quelques éléments à la solution du problème de l'hérédité chez les diabétiques.

P. a étudié 5 paires de jumeaux.

Le premier groupe comportait 1 paire de jumeaux univitellins avec un jumeau diabétique et l'autre normal.

Le deuxième groupe comportait 3 paires de jumeaux bivitellins. Dans les deux premières paires, l'un des sujets est malade, l'autre bien portant. Dans la troisième paire les deux enfants sont malades.

Le troisième groupe concerne des jumeaux de sexes différents chez lesquels le jumeau mâle est diabétique et sa sœur présente un diabète fruste mis en évidence par les épreuves fonctionnelles. L'étude détaillée de ces cas confirme la notion d'une hérédité diabétique possible à type décessif.

Le pourcentage des malades dans la descendance des diabétiques demeure par conséquent très faible et P. se montre nettement opposé à l'inscription du diabète parmi les maladies justifiant une stérilisation systématique.

G. Dreyfus-Sée.

Morawitz. ***Thérapeutique médicamenteuse des affections non décompensées du myocarde*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 61, n° 1, 4 Janvier 1935, p. 1-4 et n° 2, 11 Janvier 1935, p. 45-48). — Les altérations du myocarde peuvent déterminer des tableaux cliniques très variables ; l'étude systématique de M. aura pour base non pas les types cliniques, mais les divers médicaments et leurs applications pratiques.

1° *La digitaline.* — Quand peut-on et doit-on la donner pour une cardiopathie bien compensée ?

On voit souvent des cardiaques à qui la digitale a été ordonnée systématiquement; or, elle constitue, en réalité, le médicament de l'insuffisance cardiaque, mais en dehors de ce cas ses indications sont limitées.

Nombre de chirurgiens ont l'habitude de prescrire de la digitaline à des malades âgés, les jours précédant une intervention. Cette technique, inoffensive si le cœur est normal, peut être dangereuse dans les cas de sclérose coronarienne.

De même, l'administration systématique de petites doses de digitale, pour éviter l'hypertrophie cardiaque chez tous les sujets âgés présentant des altérations non décompensées du cœur, risquerait de provoquer des troubles toxiques.

En outre, dans les cas d'arythmie, les indications et la posologie de la digitale doivent être adaptées à chaque malade.

Chez les basedowiens, enfin, l'efficacité de la digitale est très discutable en ce qui concerne la tachycardie ou l'arythmie de ces malades.

Dans l'ensemble, l'extension actuelle de la thérapeutique digitalique paraît excessive et parfois dangereuse.

2° *Quinine et quinidine.* — Ce sont les médica-


Gardénal
PHÉNYL-ÉTHYL-MALONYLURÉE
ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES
EN TUBES DE COMPRIMÉS A 0gr10, 0gr05 & 0gr01
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE_86, RUE VIEILLE DU TEMPLE_PARIS_3e

tions spécifiques des troubles du rythme. Des résultats remarquables ont été obtenus dans l'arythmie complète à l'aide de la quinidine bien dosée. Cependant, il importe de savoir que ce médicament n'est pas inoffensif pour le myocarde. Il faut l'employer avec prudence dans les troubles de la conduction cardiaque; les cirrhotiques hépatiques sont souvent intolérants vis-à-vis du médicament. On a signalé aussi des embolies ou des thromboses cardiaques après la régularisation médicamenteuse du rythme; en outre, l'action du médicament est peu durable, les rechutes sont fréquentes et précoces et souvent des signes d'insuffisance cardiaque surviennent après une cure apparemment efficace. En pratique, cette médication devrait être réservée aux malades qui *souffrent* de leur arythmie. Par contre, le traitement prophylactique, par de très petites doses, peut être prolongé sans dommage et pourrait éviter l'arythmie complète ou les accidents angineux chez les sujets présentant des troubles du rythme.

La quinine trouve ses indications dans les accès de tachycardie paroxystiques.

3° *Les hormones circulatoires.* — Elles constituent une médication nouvelle, actuellement largement utilisée. Leurs indications précises et leur posologie sont loin d'être fixées. En pratique, actuellement, les succès probants de l'efficacité de cette médication manquent. Si l'on peut se fier à une impression sur la valeur thérapeutique de ces extraits, il semble que les troubles circulatoires avec dominante fonctionnelle spasmodique seraient favorablement influencés. Au cours de l'angine de poitrine où les facteurs fonctionnels et organiques s'intriquent, on peut obtenir des résultats partiels.

Mais, en tout cas, il serait dangereux de faire confiance à cette médication pour ajourner une thérapeutique utile, telle qu'une amputation dans une gangrène du pied par exemple.

4° *Le lévulose* (sucre de raisin). — Il serait surtout indiqué dans l'angine de poitrine et dans la claudication intermittente. C'est un médicament inoffensif, mais dont l'efficacité est douteuse. En tout cas, si l'on n'a pas obtenu de succès après 6 ou 8 injections, le traitement ne doit pas être prolongé au détriment d'autres médicaments.

5° *Le calcium.* — C'est une bonne médication de l'angine de poitrine ou des arythmies extra-systoliques, à condition toutefois de l'employer par voie parentérale.

6° Enfin, les affections cardio-vasculaires, d'origine syphilitique, sont justiciables d'un *traitement spécifique* énergique et non pas des petites doses trop fréquemment employées.

G. Dreyfus-Sée.

R. Jurgens. ***Existe-t-il une prédisposition à la thrombose décelable méthodiquement?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 2, 11 Janvier 1935, p. 48-50). — Il semble bien que les thromboses ne puissent être expliquées par des facteurs mécaniques, chimiques ou physiques simples, mais qu'il s'agit au contraire, d'un processus complexe préexistant, que des recherches biologiques pourraient mettre en évidence.

Les conditions, qui favorisent l'apparition des thromboses, sont, certes, variables, mais il semble que chez une série de malades on puisse souligner certaines conditions favorables.

On a fréquemment signalé des cas de thromboses chez des polycythémiques; or, chez 3 malades polyglobuliques, ayant présenté des thromboses, J. a trouvé constamment une thrombocytose, un raccourcissement du temps de coagulation et de la durée d'agglutination des plaquettes, ainsi qu'une augmentation du taux de fibrine et de globuline. Dans de tels cas, il est donc possible de mettre en évidence une prédisposition à la thrombose qui paraît manquer dans les observations de malades analogues n'ayant pas présenté d'accident.

L'irradiation des os longs pourrait diminuer les risques de thromboses chez les polyglobuliques.

G. Dreyfus-Sée.

K. Ehrhardt et **H. Winkler.** ***Nouvelles observations de transfusion de sang de femmes enceintes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 4, 25 Janvier 1935, p. 127-130). — Cette thérapeutique, employée depuis quelques années, a pour but d'injecter à des femmes atteintes d'aménorrhée un produit riche en hormones de lobe antérieur d'hypophyse.

Des quantités élevées de sang avaient été injectées (400 à 700 cmc), correspondant à 2 à 700 unités biologiques. Les premiers résultats n'avaient pas été très satisfaisants et lors des expériences ultérieures la transfusion fut préparée et complétée par l'administration d'hormones ovariennes.

L'étude des phénomènes, suivant la transfusion, montre l'effet ci-après:

1° Après injection de petites quantités de sang (100 à 200 cmc), on obtient dans les urines la réaction du lobe antérieur hypophysaire faible et transitoire.

2° Si on injecte des quantités plus élevées (500 à 700 cmc), la quantité d'hormones éliminée est plus importante et plus concentrée dans les urines.

3° Les prélèvements, faits dans les portions hautes des voies urinaires, montrent que l'élimination hormonique commence très rapidement après la transfusion et dure de 12 à 24 heures environ.

4° Dans le sang circulant, l'hormone était abondante de la 2° à la 20° heure et on en trouvait encore des traces au cours des heures suivantes.

5° Chez les hommes, l'élimination de l'hormone injectée paraît se faire de façon analogue.

Des recherches plus récentes, entreprises par E. et W., révèlent que ces résultats schématiques ne correspondent pas à la totalité des faits; malgré l'injection à 10 malades de quantités élevées de sang de femmes enceintes, la recherche des hormones dans les urines a fourni des réponses variables et assez souvent négatives.

L'explication de ces discordances est fournie par l'étude des malades qui comportaient dans le premier cas des aménorrhéiques et dans le deuxième groupe des hémorragiques génitales pathologiques. Les transfusions, pratiquées chez ces malades, ont fourni des résultats satisfaisants dans 70 à 80 p. 100 des cas.

G. Dreyfus-Sée.

K. Hoesch. ***La mobilité passive du cœur normal*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 5, 1er Février 1935, p. 166-168). — Les différences dans le siège, la forme et les dimensions du cœur peuvent être très marquées au cours des phases respiratoires lorsque les poumons sont normalement élastiques et le diaphragme très mobile. C'est ainsi que l'image radiologique du cœur peut varier chez un même malade dans des proportions considérables. L'état du diaphragme paraît beaucoup plus important à considérer, en ce qui concerne les dimensions du cœur, que la taille corporelle. Des schémas radiologiques, très démonstratifs, viennent à l'appui de cette assertion.

La mobilité du cœur, lors de la respiration, est beaucoup plus importante que les déplacements provoqués par le changement de position, tout au plus peut-on constater un léger déplacement vers la gauche dans la position couchée gauche.

Une mobilité accentuée du cœur demeure exceptionnelle; cependant, chez certains malades, on constate des troubles fonctionnels manifestes dans certaines positions. Ces troubles sont souvent en relation avec une mobilité anormale cardiaque « cor mobile » dont la cause demeure inconnue. La recherche radiologique de cette anomalie cardiaque devrait être pratiquée en présence de troubles fonctionnels cardiaques, surtout lorsque ceux-ci paraissent plus accentués dans certaines positions couchées.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

L. Spitzer. ***Nouvelle contribution au traitement de la syphilis par la dilution de culture de spirochètes de Hilgermann*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **89**, n° 51, 20 Décembre 1934, p. 1967-1969). — Lors d'une première communication en Décembre 1932, S. avait fait part des résultats satisfaisants qu'il avait obtenus dans des cas sévères de syphilis à l'aide du vaccin spirochétosique de Hilgermann. Depuis deux années, il a réuni cinquante-trois nouvelles observations personnelles qui confirment ses premières impressions; la posologie établie avec plus de précision aurait même amélioré les résultats obtenus.

Chez la plupart des malades, même lorsqu'il s'agit de syphilitiques anciens, les injections vaccinales déterminent une réaction qui pourrait être considérée comme un véritable test d'infection. Le traitement provoque une reprise rapide de l'état général témoignant de son efficacité. C'est surtout la syphilis nerveuse (27 sur 53 cas) qui relève de cette thérapeutique.

Une observation intéressante relate un cas de syphilis articulaire résistante à la chimiothérapie et régressant à la suite des injections de vaccin de telle sorte que le travail est redevenu possible après un an. Un tabétique de 64 ans avec crises douloureuses intenses a été également très amélioré. Le traitement s'est montré efficace aussi chez les sujets atteints de bourdonnements d'oreilles d'origine hérédo-syphilitique, de kératite, et même de crises gastriques tabétiques.

S. considère donc que la vaccinothérapie constitue un traitement précieux, curatif des syphilis tardives et capable même de prévenir les accidents du tertiarisme s'il est employé assez tôt.

G. Dreyfus-Sée.

A. Vosschulte et **K. Ziegler.** ***Acétonurie dans la scarlatine : sa valeur diagnostique et pronostique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **89**, n° 51. 20 Décembre 1934, p. 1970). — En 1912, Escherich et Schick ont signalé la fréquence de l'acétonurie au début de la scarlatine. V. et Z. l'ont recherchée systématiquement chez tous leurs malades (133 cas); ils ont pu la mettre en évidence par des analyses répétées dans 80 pour 100 des cas. Sa présence dans les urines est assez fréquente pour être utilisable pour le diagnostic différentiel. L'acétonurie pouvant être considérée comme l'expression d'une altération hépatique, il était intéressant de rechercher si les malades qui en présentaient étaient plus que les autres aptes à faire des complications. Il semble en effet que l'acétonurie ait une valeur pronostique assez importante. Parmi les malades avec acétonurie, 45,3 pour 100 ont eu des scarlatines compliquées, alors que 29.7 pour 100 seulement évoluèrent sans complications; la proportion était inversée chez les sujets dont les urines étaient normales.

G. Dreyfus-Sée.

F. Wiegmann. ***Zona céphalique (20 observations personnelles)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **89**, n° 51, 20 Décembre 1934, p. 1970-1975]. — W. a eu occasion d'examiner 20 cas de zona comprenant des zonas simples plus ou moins étendus et des zonas avec atteinte polynévritique.

Les hypothèses pathogéniques actuellement admises peuvent être confirmées par ces divers cas : atteinte du ganglion ou des nerfs périphériques, processus méningitique, etc. Par contre, l'origine méningococcique paraît peu vraisemblable. Le rôle des facteurs infectieux, toxiques ou mécaniques peut être plus ou moins prédominant, mais il est

impossible d'admettre la conception d'un zona, infection spécifique.

Le zona est en réalité une névrite, et seule son éruption bulleuse le différencie des autres polynévrites.

En clinique, le diagnostic différentiel d'affections douloureuses telles que les otites, les névrites, etc., et du zona pourrait être facilité si l'on tenait compte d'un symptôme qui serait constant dans le zona : l'hyperesthésie superficielle, qui constituerait ainsi un élément important du diagnostic.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

M. Taubenhaus (Vienne). ***Nouvelles observations de troubles oculaires au cours du diabète sucré. Conséquences thérapeutiques*** (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 42, 19 Octobre 1934, p. 1390-1394). — Au cours d'un diabète sucré avéré, il est nécessaire d'examiner quasi systématiquement les yeux des malades, car le traitement diététique et insulinique devra en tenir compte.

Sur plus de 700 cas, T. a observé que, à de rares exceptions près, la myopie préexistait alors que l'hypermétropie faisait souvent suite au traitement. Les lésions oculaires sont constantes au cours du diabète grave et 10 pour 100 des malades atteints présentent une névrite optique. Dans ces derniers cas, il faut noter le facteur adjuvant du tabagisme et de l'alcoolisme. Pour les cataractes, il est difficile de savoir la part qui revient tant à la sénilité qu'au diabète, les cataractes n'étant pas observées au-dessous de 40 ans.

T. a vu quelques cas de glaucome avec diabète léger, sans acidose. Pour les rétinites : 1° rétinite ponctuelle sans hémorragie (*retinis centralis punctata*), surtout entre 40 et 70 ans, pour laquelle l'artériosclérose est surtout à incriminer, l'insuline ne peut avoir que de bons effets; 2° rétinite hémorragique fréquente dans l'association diabète et hypertension, elle peut s'observer, quoique plus rarement, sur des sujets jeunes; suivant souvent l'évolution du diabète, T. a cependant noté dans un certain nombre de cas l'aggravation au cours du traitement insulinique. Il ne faudra donc recourir, dans ces cas, à l'insuline que si l'évolution du diabète est grave, et s'en abstenir dans le cas contraire. L'insuline pouvant d'ailleurs être également cause de diplopie.

Si l'on doit procéder à une intervention oculistique, T. recommande d'administrer la veille un régime relativement riche en hydrates de carbone et de donner 12 à 20 unités d'insuline au moment de l'intervention.

Guy Hausser.

A. Landsiedl (Vienne). ***Hémitétanie au cours d'urémie*** (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 50, 14 Décembre 1934, p. 1659-1660). — L. a observé une femme de 49 ans qui présentait des vomissements, une dyspnée intense, des crampes dans les deux jambes et à la main gauche, qu'il rattachait à une sclérose rénale au cours d'un mal de Bright. L. n'observa dans son service que des crampes du côté gauche et il attribue ce fait à une tétanie ne se manifestant que d'un côté en raison d'un œdème cérébral.

L'autopsie confirma ce diagnostic. L. croit que cette tétanie était due à l'intoxication urémique sans pouvoir s'expliquer exactement la raison de l'unilatéralité des crampes. Il attribue à l'œdème cérébral un rôle électif sur les centres nerveux producteurs de la tétanie.

Guy Hausser.

E. Urbach (Vienne). ***Signes et traitement des manifestations allergiques du tube digestif et des voies biliaires*** (1[re] partie) [*Medizinische Klinik*, t. **30**, n[os] 51 et 52, 21 et 28 Décembre 1934, p. 1683-1687 et p. 1721-1724]. — I. Estomac. — U. observe : *a*) signes aigus : vomissements, diarrhée, douleurs subites et violentes (migraines abdominales) remarqués au cours d'allergies alimentaires et d'injections sériques; *b*) formes chroniques : plus fréquentes, il ne s'agit en général que d'indispositions, vomissements périodiques chez des adultes et des enfants, hématémèses, dyspepsies et insuffisance de sécrétion de sucre gastrique.

II. Foie. — Certains cas d'affections hépatiques vésiculaires et même des coliques hépatiques seraient dus à cette allergie. Ces phénomènes sont dus soit à des aliments, soit encore à des injections sériques.

III. Intestin. — U. a constaté que certaines perturbations intestinales telles que la colique « muqueuse » par exemple, lésion de la muqueuse avec spasmes, peuvent être dues à ces troubles allergiques.

Chez le nourrisson et le jeune enfant, on peut observer des vomissements, des éructations, des spasmes pyloriques, des coliques et de la diarrhée de nature allergique.

La genèse de ces troubles allergiques est peu ou mal connue. Pour U. le spasme réagirait sur les filets nerveux causant ainsi les violentes douleurs observées.

Pour bien reconnaître tous ces cas, U. recommande : 1° de faire l'anamnèse des troubles allergiques antérieurs du sujet et de sa famille, 2° de rechercher l'élément sensibilisant par une diététique spéciale, 3° d'administrer du « propeptan », 4° il est important de faire une exploration radiologique du sujet.

Le traitement de ces affections dépend évidemment du médicament ou de l'aliment causal. S'il s'agit d'un aliment indispensable U. recommande de désensibiliser le sujet à son égard (soit en donnant des doses progressives, soit par skeptophylaxie). L'adrénaline peut agir efficacement sur les accidents aigus, souvent associée à l'huile de paraffine. Enfin les lavements intestinaux peuvent quelquefois donner des succès.

Guy Hausser.

W. Hantelmann (Brunswig). ***La cirrhose pulmonaire*** (*Medizinische Klinik*, t. **30**, n° 52, 28 Décembre 1934, p. 1724-1727). — Sous ce terme H. désigne une atrophie pulmonaire résultant d'un processus inflammatoire, en quelque sorte une pneumonie chronique où l'exsudat fibrineux produit ne se résorbe pas et s'accompagne de sclérose. Dans d'autres cas, il y aurait tendance dès le début à la formation de tissu granuleux, enfin on peut observer des cas où les lésions débutent et prédominent dans le tissu interlobulaire, interalvéolaire, ou péribronchial.

H. rapporte deux cas de « cirrhose » pulmonaire intéressants par leur analogie. Dans les deux cas, présence d'emphysème avec hypertrophie et dilatation du cœur droit qui ont entraîné la mort. H. ne croit pas, comme beaucoup d'autres auteurs allemands, que ces cirrhoses soient en quelque sorte cryptogénétiques mais bien plutôt dues à une inflammation déterminée par des poussières inhalées pendant de nombreuses années. Il pense que cette explication serait aussi valable pour d'autres affections chroniques de l'arbre respiratoire.

Guy Hausser.

H. Lehmdorff (Vienne). ***Anémie hémolytique*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 3, 18 Janvier 1935, p. 74-77). — L'anémie résulte d'un déséquilibre entre la consommation et la production des globules rouges. Elle s'observera si la moelle devient incapable de produire suffisamment d'érythrocytes ce qui peut être inné ou acquis, ou bien lorsque la destruction globulaire est telle que la moelle ne peut plus subvenir aux besoins normaux. C'est ce qui se produit au cours des anémies hémolytiques. Elles peuvent être soit idiopathiques, soit épiphénomènes d'une autre affection. Dans le premier cas, il s'agit d'hémophilie qui devient grave s'il survient une infection quelconque, du surmenage qui amène une « décompensation ». On peut alors observer de l'ictère, une anémie et une splénomégalie en même temps que le sang présente de la microglobulie, une résistance globulaire très diminuée avec augmentation des réticulocytes. Cependant la splénomégalie peut parfois faire défaut. Le signe le plus caractéristique est la microcytose, c'est-à-dire la petitesse des érythrocytes, le diamètre est de 5,8 µ au lieu de 7,8, taille normale. En même temps, il y a anisocytose et poïkilocytose. Ces phénomènes seraient dus uniquement à des facteurs endogènes. Il est à remarquer que ces anémies sont souvent familiales, ce qui tendrait à prouver qu'elles seraient dues à des altérations conditionnées par une mutation.

Lorsque l'affection survient, on observe de la température élevée et de vives douleurs abdominales, le taux d'hémoglobine baisse rapidement de quelques heures à quelques jours jusqu'aux environs de 1 million.

Dans les cas aigus, L. propose, comme thérapeutique des transfusions, l'opothérapie hépatique et des médicaments contenant du fer. Pour éviter ces crises aiguës, L. pense qu'il n'y a qu'un seul moyen : la splénectomie qui n'est pas toutefois sans danger.

Guy Hausser.

J. Uhrbach (Vienne). ***Quelques cas de pellagre, à Vienne et en Basse-Autriche*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 3, 18 Janvier 1935, p. 79-82). — U. rapporte 5 cas de cette affection qui jusqu'ici était très rare en Autriche. Dans un cas, les érythèmes étaient localisés au cou, à la figure et aux mains; dans un autre, dans la région du manubrium sternal et aux mains; enfin, pour les autres, aux bras et à la nuque. Ces localisations, d'après U., confirment l'action des rayons solaires. Sur 5 cas observés, il y avait 4 femmes et l'âge moyen des 5 malades était d'environ 60 ans.

Les sujets présentaient également des troubles digestifs : anorexie, nausées, diarrhée. Les malades n'étaient pas mangeurs de maïs et on ne put incriminer d'autre aliment ou même l'eau bue par eux.

3 sujets guérirent spontanément, 2 autres moururent de maladies intercurrentes, le premier à la suite d'une pneumonie après une gastro-entérostomie pour cancer pylorique, le second par cachexie terminale d'une tuberculose chronique associée à de l'alcoolisme.

Guy Hausser.

W. Nonnenbruch (Prague). ***A propos des azotémies*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 4, 25 Janvier 1935, p. 101-104). — N. distingue dans le sang l'azote total de l'azote résiduel. Ce dernier comprend d'une part l'urée, d'autre part l'azote résiduel proprement dit (acides aminés, acide urique, créatine). Une azotémie est une augmentation de l'azote résiduel, N. les étudie en trois groupes :

1° Avec urée augmentée et azote résiduel proprement dit normal;

2° Avec urée diminuée et azote résiduel proprement dit augmenté;

3° Avec urée augmentée et azote résiduel proprement dit augmenté.

Premier cas. — Dû à l'insuffisance rénale; le rein ne parvenant pas à concentrer suffisamment l'urée. Celle-ci se trouve inégalement distribuée dans le sang et les tissus (cf. Nonnenbruch, *Arch. exp. path.*, 89, 1921, p. 200).

On peut encore le trouver, le rein étant normal anatomiquement et physiologiquement, dans des cas de rétention d'eau. Une telle azotémie peut s'observer dans les affections cardio-vasculaires.

Il est difficile de fixer une limite de concentration dite normale. N. admet comme suffisante une

concentration en azote de l'urine de 1,5 à 2 pour 100. Une azotémie pourrait atteindre plus de 1 gr. (valeur normale 25 à 35 centigr.) sans insuffisance rénale (cf. Klein, Nonnenbruch, *Med. Klin.*, 1929, n° 20).

Deuxième cas. — L'azote résiduel proprement dit est augmenté lors de troubles d'organes d'élaboration : maladies du foie, et particulièrement atrophie jaune aiguë. Parfois l'augmentation n'est pas indiquée par l'augmentation du N résiduel total, l'urée diminuant dans la même mesure que l'azote résiduel proprement dit augmente. Mais, dans d'autres cas, l'azotémie peut atteindre plus de 1 gr., l'urée étant en même temps diminuée. Les urines peuvent dans ces cas être normales de même que la constante d'Ambard.

Troisième cas. — Tous les intermédiaires du rein normal au rein insuffisant et même anatomiquement altéré existent. Dans les cas graves on aura des œdèmes, de l'ascite. En cas d'ictère catarrhal, l'azote résiduel peut contenir beaucoup de peptides mais N. croit avoir établi que ceux-ci ne sont pas dus à un manque de peptidases.

Nous avons dans tous ces cas essayé une thérapeutique uréique : 20 à 30 centigr. d'urée par jour. Nous avons constaté que les malades s'amélioraient, que la concentration du sang en urée augmentait et que l'azote résiduel diminuait. Nous ne sommes pas encore à même d'expliquer le mécanisme de cette action. Actuellement, N. formule l'hypothèse que l'urée et les extraits hépatiques augmentent la perméabilité des cellules, permettant à l'azote résiduel proprement dit, qui ne s'est pas encore dédoublé, d'y pénétrer.

Ces dernières années, on a trouvé qu'entre les azotémies d'une part et l'abaissement de la teneur du sang en NaCl il y avait des relations très étroites. C'est là l'œuvre de Rathery, L. Blum, Chabanier et Lobo-Onell, pour tout un groupe d'affections post-opératoires.

Il reste encore à élucider le fonctionnement intime du rein et le mécanisme de la formation des hypochlorémies, mais une chose reste acquise : la thérapeutique par le NaCl dans les hypochlorémies post-opératoires. GUY HAUSSER.

ARCHIV für SCHIFFS- und TROPEN-HYGIENE (Leipzig)

W. Rotter et **P. Chavarria.** ***La leishmaniose cutanée à Costa-Rica*** (*Archiv für Schiffs-und Tropen-Hygiene*, t. **39**, n° **3**, Mars 1935, p. 89-99). — R. et C. ont observé 50 cas de leishmaniose cutanée à Costa-Rica. Ils décrivent des formes ulcéreuses, nodulaires, verruqueuses; deux fois seulement ils ont observé des complications muqueuses. La leishmaniose de Costa-Rica représenterait un terme de passage entre le Bouton d'Orient de l'ancien monde et l'affection brésilienne. Le travail est illustré par de belles photographies de malades.

CH. JOYEUX.

REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIE (Buenos Aires)

J. Duomarco. ***Calcul rapide de la pression moyenne intraventriculaire pendant le temps de son évacuation*** (*Revista Argentina de Cardiologie*, t. **1**, n° 4, Septembre-Octobre 1934, p. 281). — Théoriquement, D. calcule la pression intraventriculaire systolique moyenne en prenant pour point de départ le chiffre de la pression artérielle moyenne (Pa), la durée de la systole (T) et la fréquence du rythme cardiaque (N) de la formule établie :

$$\frac{Pa \times 30}{T \times N} = Ps$$ (pression intraventriculaire moyenne).

Sur 28 cas observés, la Ps est en général inférieure de 8/10 de centimètre cube de Hg à la pression Mx artérielle, les sujets étant normaux.

La plus grande différence a été observée chez un sujet de 23 ans atteint d'une insuffisance aortique d'origine rhumatismale où la Ps était de 9,5 égalant la moitié de la presion artérielle Mx (18,5).

V. AUBERTOT.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

W. L. Hayes. ***Section césarienne. Revue de 486 opérations consécutives à l'hôpital des femmes de Melbourne*** (*The Medical Journal of Australia*, **21**e année, vol. 2, n° 25, 22 Décembre 1934, p. 799-807). — Dans cette série de 486 opérations césariennes, il y eut 29 décès de la mère, soit un taux de mortalité de 5,9 pour 100; 41 enfants étaient mort-nés et 23 succombèrent peu après, soit un total de 64 décès (13 pour 100).

La section césarienne, quoique relativement simple, n'est pas un procédé aussi peu dangereux qu'on le croit habituellement : sur 17.071 cas réunis, Gauss trouve une mortalité de 5,8 pour 100. Deux facteurs interviennent dans cette mortalité, l'opération et l'état pathologique qui en fournit l'indication. Dans les cas opérés par H., l'opération elle-même est responsable de 2 pour 100 des morts, tandis que l'indication est la cause de 3,9. Lorsque les circonstances sont favorables, ce minimum de mortalité de 2 pour 100 est tout de même au moins 4 fois plus grand que celui de la délivrance vaginale. La cause ordinaire de la mort est l'infection; les résultats sont bien meilleurs avec l'opération sur le segment inférieur et l'hystérectomie dans certains cas.

On réduira la mortalité en précisant davantage et en rendant plus rigides les indications. La disproportion du fœtus, les tumeurs faisant obstruction, certains cas de « placenta prævia » et l'atrésie des voies génitales due à une néo-formation ou à un tissu cicatritiel peuvent être considérés comme les indications absolues de la césarienne. En présence d'une affection médicale y compris l'éclampsie et la toxémie rénale, il vaut mieux être conservateur, mais si l'opération devient nécessaire, ce sera en pleine connaissance des risques courus.

Les autres indications sont rares et l'obstétricien se décidera suivant les circonstances pour la méthode de délivrance la plus sûre. Si une femme peut accoucher naturellement, il n'est pas justifié de faire une opération césarienne dans le but de réaliser du même coup la stérilisation, celle-ci pourra toujours être faite plus tard.

Sont en outre rapportés, 12 cas de délivrance abdominale après rupture utérine, survenus à l'hôpital ou à l'extérieur, 3 de ces ruptures s'étant produites au niveau d'une cicatrice d'opération césarienne antérieure.

ROBERT CLÉMENT.

Kempson Maddox et Madeleine Scott (Sydney). ***Sur le rôle de l'hérédité dans le diabète sucré. Fréquence et caractères du diabète héréditaire*** (*The Medical Journal of Australia*, **22**e année, vol. 1, n° 1, 5 Janvier 1935, p. 7-13). — Sur 250 diabétiques, la proportion de ceux qui ont d'autres diabétiques parmi leur parenté est à Sydney de 34 pour 100, plus élevée qu'ailleurs. Les malades étaient tous de classe pauvre, mais non misérables. Il n'y avait pas de mariage consanguin parmi eux.

La distribution familiale des individus atteints de diabète se rapproche de celle de l'hérédité récessive. Une prédisposition au diabète léger pourrait exister héréditairement dans les familles de diabétiques, le diabète vrai n'apparaissant que lorsqu'un autre facteur tel que suralimentation, obésité, infection, fatigue, etc..., se surajouterait à la prédisposition héréditaire.

La fréquence du diabète chez les parents, collatéraux et enfants d'une série de contrôle de sujets non diabétiques de même condition sociale est de 10,8 pour 100.

Il n'y a aucun rapport entre le type clinique, la gravité, les caractères biochimiques du diabète sucré et la prédisposition héréditaire de la maladie, sauf que les cas héréditaires sont légèrement moins graves que les cas sporadiques. Cela n'exclut pas la possibilité de diabète de différentes formes.

Dans 2 groupes de malades, avec ou sans antécédents héréditaires de diabète, la fécondité et la proportion des sexes sont les mêmes. La transmission directe est plus fréquente pour la femme (19 cas), que pour l'homme (14 cas). M. et S. se proposent d'étudier les groupes sanguins dans les familles diabétiques pour savoir si oui ou non l'union de prédispositions intervient et aussi pour découvrir s'il existe une association, au point de vue héréditaire, entre le diabète et l'hypertension artérielle.

ROBERT CLÉMENT.

BRUXELLES MÉDICAL

Daumerie, Bruens et **Wauters** (Bruxelles). ***Choc rénal et anurie, suite de transfusion sanguine*** (*Bruxelles Médical*, t. **15**, n° 12, 20 Janvier 1935, p. 324-331). — Chez un homme de 54 ans, une transfusion pratiquée en vue d'une opération pour cancer du pylore, provoqua un choc rénal intense qui aboutit à la mort 7 jours après.

La transfusion fut faite avec un donneur universel ayant déjà donné son sang plus de 25 fois. Dès les premiers 20 cmc, le malade déclara se sentir mal; il accusa de l'oppression précordiale et de l'angoisse en même temps qu'on constatait de la cyanose, de la dyspnée et une expectoration muco-spumeuse. La transfusion fut arrêtée, puis reprise lentement et interrompue à 130 cmc, en présence des tendances syncopales et des manifestations respiratoires alarmantes. Le lendemain, ictère, diarrhée et selles sanglantes. Le surlendemain, malgré l'administration quotidienne de 1 litre de sérum glucosé en goutte à goutte rectal et de 20 cmc de sérum glucosé hypertonique intraveineux, l'urée sanguine s'élève à 2 gr. 28. L'oligurie des premiers jours se transforma en anurie le 3e jour, qui ne céda pas et aboutit à la mort.

On admet le plus souvent que le choc rénal est dû à l'incompatibilité sanguine. Il faut exécuter la détermination des groupes sanguins avec une grande minutie; il existe de nombreuses sources d'erreur.

Dans le cas rapporté, D., B. et W. pensent que la seule explication possible de l'agglutination est une teneur très élevée du sérum du donneur en agglutinines. L'agglutinisation des globules du receveur par le sérum du donneur serait favorisée par la forte anémie du sujet. Tzanck explique les accidents de choc rénal par l'intolérance.

Cette observation montre la complexité des problèmes qui peuvent se poser dans le domaine de la transfusion et met en évidence que l'emploi des groupes sanguins concordants et spécialement celui des donneurs universels n'est pas un critère absolu de réussite.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

E. Delcourt-Bernard. ***Action de l'iode dans l'hypothyroïdie*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **6**, n° 9, Novembre 1934, p. 749-762). — Chez 9 hypothyroïdiens, on a étudié l'action de l'iode.

Tous les sujets avec goitre ont réagi en augmentant leur combustion, parfois de 30 pour 100. Chez les hypothyroïdiens sans goitre, le métabolisme

basal a été augmenté ou diminué, parfois les deux réactions se succédant chez le même individu.

Deux sujets ont été soumis à une véritable expérimentation clinique et surveillés journellement pendant plusieurs semaines pour apprécier les modifications de leur métabolisme, de leurs combustions, de leurs échanges respiratoires et de leur poids, sous l'influence successive de la di-iodotyrosine, du lugol, de l'extrait thyroïdien et de la thyroxine.

A des doses usuelles en clinique, ces 4 substances ont provoqué des réactions du même ordre de grandeur. Le mécanisme d'action de la di-iodotyrosine s'est montré différent de celui du lugol. Comme chez l'hyperthyroïdien, lorsqu'il y a augmentation des échanges, le lugol agit plus sur la consommation d'oxygène que sur la ventilation, la di-iodotyrosine influence également les deux facteurs.

La courbe de poids ne suit pas nécessairement celle des échanges respiratoires. Pas plus ici que chez les hyperthyroïdiens, l'assimilation n'est traduite fidèlement par le taux du métabolisme basal. Il est aussi important de suivre de près les modifications de poids que les échanges respiratoires.

Il faut se méfier chez les hypothyroïdiens des effets excitants que l'iode peut avoir sur les échanges respiratoires et sur le pouls et des répercussions lointaines que cela peut entraîner.

Robert Clément.

AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

L. W. Sontag et **R. F. Wallace.** ***Action du tabac sur le cœur fœtal durant la grossesse*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. **29**, n° 1, Janvier 1935, p. 77). — S. et W., ayant constaté qu'un certain nombre de femmes américaines continuaient à fumer un grand nombre de cigarettes pendant leurs grossesses ont cherché à déterminer si la nicotine n'était pas susceptible d'exercer une fâcheuse influence sur le développement fœtal. Ils ont étudié la rapidité du cœur fœtal chez des femmes enceintes, avant et après qu'elles aient fumé une ou plusieurs cigarettes. Ils ont constaté d'une manière constante une augmentation du rythme cardiaque, augmentation allant de 5 à 40 battements par minute. L'accélération se manifeste d'une demi-minute à une minute et demie après que la cigarette est commencée et persiste cinq à dix minutes après qu'elle est finie.

S. et W., après de multiples observations, n'ont observé qu'un résultat négatif, chez une femme qui n'avait absorbé qu'une très faible quantité de fumée. Ce fait confirme l'opinion généralement admise que de petites doses de nicotine diminuent le nombre des pulsations cardiaques. Il paraît certain à S. et W. que l'abus du tabac au cours de la grossesse peut avoir des inconvénients fâcheux pour le fœtus.

A. Ravina.

THE BRITISH JOURNAL OF SURGERY (Bristol)

A. Tudor Edwards et **C. Price Thomas.** ***48 cas de lobectomies en un temps pour bronchiectasie*** (*The British Journal of Surgery*, vol. 22, n° 86, Octobre 1934, p. 310-331). — La bronchiectasie d'après ses caractères anatomiques est une maladie dans laquelle on ne peut espérer la guérison.

D'après les résultats de 105 autopsies, Jex-Blake trouve que la maladie était unilatérale dans 61 cas et limitée à un seul lobe dans 34 cas. Ceci montre le grand nombre de sujets qui auraient pu être traités par un procédé chirurgical. La cause de la mort était : bronchopneumonie et déchéance, dans 76 cas; hémoptysie, dans 5 cas; abcès cérébral ou cérébelleux, dans 15 cas.

Les procédés de traitement non opératoires, drainage de posture, ou aspiration bronchoscopique, ne donnent que des résultats incomplets.

Les méthodes opératoires peuvent être divisées en deux groupes : la collapsothérapie et l'extirpation radicale du poumon malade.

Le collapsus du poumon peut être demandé à un pneumothorax artificiel. Mais lorsque les bronches ont des parois épaissies, ce qui est fréquent, le médiastin est plus facilement déplacé que les parois des bronches ne se laissent affaisser.

La phrénicectomie a été employée sur une large échelle dans la dilatation des bronches. Elle a donné quelques améliorations dans les cas pris précocement, mais dans les autres on n'a obtenu aucun résultat. L'examen des mouvements du diaphragme sous les rayons X montre d'ailleurs que dans une bronchiectasie il existe toujours une limitation très marquée de ces mouvements due à un spasme dont le point de départ est le lobe infecté de voisinage.

Une thoracoplastie a été faite fréquemment avec des résultats variables. En général, les résultats ne sont pas aussi satisfaisants que lorsqu'on a enlevé le poumon malade. Toutefois, dans des cas où la bronchiectasie atteint tout un poumon, la thoracoplastie est encore la méthode de choix et donne une amélioration considérable dans un grand nombre de cas. Elle sera faite en deux ou plusieurs séances et toujours précédée d'une phrénicectomie.

Les opérations radicales (l'exérèse du lobe malade) sont théoriquement préférables.

La destruction progressive du lobe au thermocautère, faite par Graham, n'est pas très satisfaisante. A l'heure actuelle, l'auteur lui-même ne la recommande que lorsqu'il est impossible de tenter la lobectomie.

La lobectomie en un temps a amélioré beaucoup le résultat des lobectomies. Certains auteurs, comme Lilienthal, avaient essayé de créer dans un premier temps des adhérences pleurales pour éviter l'infection de voisinage. Sur 42 cas, il a enregistré une mortalité de 64,3 pour 100. Plus récemment, Alexander a fait descendre la mortalité à 16,6 pour 100, mais les sujets opérés ainsi gardaient un thorax très déformé.

La lobectomie en un temps donnera de bons résultats, si on sait choisir ses malades, si on les prépare convenablement avant l'intervention et si on suit une technique bien réglée. En effet, il faut s'assurer auparavant que la bronchiectasie est limitée à un seul lobe. L'examen du poumon, après injection intra-trachéale de lipiodol, montrera qu'il en est ainsi. On examinera, en outre, à plusieurs reprises, les sécrétions pour s'assurer qu'elles ne contiennent pas de bacilles tuberculeux. Les malades, qui sont justiciables de l'opération, sont des sujets qui expectorent chaque jour des quantités considérables de pus malodorant ou qui ont des hémoptysies répétées avec ou sans présence d'expectoration fétide.

Le traitement pré-opératoire consistera à diminuer la quantité d'expectoration soit par un drainage de posture, soit par une aspiration bronchoscopique. Avec les microbes trouvés dans le pus, E. et T. font un autovaccin qu'ils injectent plusieurs jours avant l'opération.

Un pneumothorax artificiel facilite l'opération en diminuant les mouvements du poumon lors de l'ouverture de la plèvre, et en empêchant les sécrétions de s'accumuler dans le lobe avant l'opération. Ce pneumothorax sera pratiqué peu de jours avant l'intervention pour ne pas empêcher l'expansion ultérieure de la portion saine du poumon.

Comme anesthésie, E. et T. préparent les sujets avec du pantopon et de la scopolamine et donnent une anesthésie de base avec un barbiturate tel que nembutal ou évipan. Le complément d'anesthésie sera demandé au protoxyde d'azote additionné, si c'est nécessaire, d'éther.

Pour administrer l'anesthésique, E. et T. introduisent, à travers le nez, une sonde qui descend dans la trachée. Ils oblitèrent ensuite la bronche du côté malade avec un cathéter coudé pour empêcher les sécrétions du côté malade de refluer vers la trachée.

La technique opératoire a été exposée dans plusieurs articles précédemment analysés. Elle consiste à faire une incision intercostale, à libérer le lobe malade de ses adhérences, et ensuite à étrangler la base du lobe avec un tourniquet avant de le réséquer. Le moignon sera soigneusement désinfecté et oblitéré par des sutures en plusieurs plans.

L'opération est terminée de différentes manières. Dans quelques cas, E. et T. ont fermé sans drainage et ont évacué l'air au moyen d'une ponction dans l'espace intercostal. A l'heure actuelle, ils préfèrent de beaucoup établir un drainage aspiratif continu qui évacue les sécrétions tout en permettant l'expansion du poumon.

Le point intéressant est l'étude des résultats obtenus. Elle porte sur 48 observations de lobectomie en un temps pour bronchiectasie. E. et T. ont enregistré 7 morts, dont 4 dues à l'opération elle-même. Les 3 autres sujets sont morts un peu plus tard, l'un d'abcès cérébral 5 semaines après l'opération, 2 de tuberculose de l'autre poumon. Les deux derniers conservaient un large empyème résiduel du côté opposé 3 mois et 6 mois après l'opération. 6 opérés n'ont pas encore quitté l'hôpital, mais sont presque complètement guéris. Sur les 35 vivants, 6 présentent quelques manifestations très légères par rapport à leur état antérieur et 29 sont complètement guéris.

Par conséquent, la lobectomie en un temps apparaît comme le procédé de choix dans le traitement de la bronchiectasie unilobaire.

Dans une note annexée à leur article, E. et T. annoncent qu'ils ont opéré 9 nouveaux malades avec une mort, ce qui porte leur statistique à 57 cas avec 8 morts, précoces ou tardives, soit une mortalité de 14 pour 100.

Jacques Levêuf.

GLASGOW MEDICAL JOURNAL

Hugh W. O. Frew. ***L'effet du chômage continu sur la santé des écoliers dans une région sans travail*** (*Glasgow medical Journal*, t. **123**, n° 1, Janvier 1935, p. 8-13). — A Port-Glasgow, où la principale industrie est la construction des bateaux, le chômage sévit lourdement puisqu'il a atteint durant la période 1931-1934, plus de 4.000 ouvriers sur une population de 20.000. L'inspection médicale scolaire qui suit de près 350 à 400 enfants a constaté une amélioration de la condition physique des écoliers durant la période 1927-1934. Pendant les années où le chômage était le plus intense, on a bien constaté un certain recul dans la propreté et dans l'habillement, mais en dépit de cela, il fut évident que les parents portaient plus d'intérêt aux soins de leurs enfants. Les poids et les tailles des différents groupes, malgré les variations d'une année à l'autre, montrent une augmentation définitive pour la période.

L'accroissement du nombre des cas de rachitisme et les altérations dentaires, surtout durant les dernières années, peuvent être attribués à un manque des aliments appropriés chez les mères durant la période anténatale et à un régime déséquilibré chez les enfants.

L'excès des hydrates de carbone aux dépens des protéines, correspondant à une diminution de l'ingestion de sels de calcium, est peut-être un des facteurs qui expliquent la condition physique relativement meilleure des enfants qui reçoivent chaque jour un verre de lait à l'école.

En dépit des sévères conditions économiques qui ont affecté un très grand nombre de familles de la ville, l'état général de la population scolaire pendant les sept dernières années s'est amélioré et le nombre des enfants faibles et débilités a beaucoup diminué par rapport à ceux constatés autrefois.

ROBERT CLÉMENT.

ACTA DERMATOLOGICA
(Kioto)

Ninomiya. ***Un cas de leucoplasie urétrale*** (*Acta dermatologica*, t. 23, fasc. 5-6, 1934, p. 96-98). — La lésion du méat fut reconnue par hasard au conseil de revision; jusque-là elle avait été indolente et avait passé inaperçue. Plus tard, il se produisit un bouchon au méat qui entraîna une rétention d'urine douloureuse et le malade dut se sonder avec des béniqués.

Quand le malade vint consulter N. à l'âge de 27 ans, N. constata un épaississement blanchâtre de la muqueuse du méat dont l'orifice était en partie obstrué par une masse cornée.

Après excision de 4 cm. de la muqueuse urétrale altérée, on constata au microscope qu'il s'agissait d'une leucoplasie typique, avec acanthose énorme (20 rangées de cellules épithéliales) et parakératose de la couche superficielle.

L'urétroscopie montra que cette leucoplasie s'étendait à tout l'urètre antérieur, mais que l'urètre postérieur était sain.

Il semble s'agir dans ce cas de leucoplasie urétrale primitive, le malade n'ayant jamais eu d'urétrite, ni de gonorrhée.

R. BURNIER.

Iseki. ***La main des Carolines*** (*Acta dermatologica*, t. 23, fasc. 5-6, 1934, p. 98-99). — Il existe parmi les habitants des îles Carolines une contracture particulière des doigts, qu'on observe aussi dans les îles Marschall et les Mariannes.

I. a étudié cette déformation des mains chez 100 habitants des îles Palau.

Cette contracture atteint plus souvent les hommes que les femmes; elle est en général bilatérale; tous les doigts, sauf le pouce, peuvent être atteints; cependant les 2e et 5e doigts sont ordinairement peu touchés. Il n'existe pas de troubles subjectifs.

Les doigts malades sont fortement recourbés en flexion vers la paume au niveau des premières articulations phalangiennes; dans les cas accentués, la déformation se fait à angle droit; les mouvements actifs ou passifs sont gênés. La radiographie ne montre rien d'anormal au niveau des os ou des articulations.

La cause paraît être surtout professionnelle, du fait d'irritations mécaniques répétées, mais un facteur individuel semble prédisposer à cette malformation.

R. BURNIER.

Iseki. ***Une dermatose vitiligineuse des îles Palau*** (*Acta dermatologica*, t. 23, fasc. 5-6, 1934, p. 99-100). — Aux îles Palau, existe une dermatose vitiligineuse nommée *Arteral*, qui commence par une desquamation et une pigmentation et laisse une dépigmentation marquée.

I. a pu observer 31 cas de cette dermatose, qui atteint surtout les extrémités, les mains et les pieds. La dépigmentation terminale est aréolaire. Plus tard le processus s'étend à la face de flexion du poignet, aux bords des mains et au dos des mains. Aux pieds, les lésions remontent au cou-de-pied et à la partie inférieure de la jambe.

A la période de desquamation, le malade se plaint d'un violent prurit.

Cette lésion est causée par un champignon dont les filaments de 2 μ de large sont terminés par des spores arrondies. La culture réussit facilement sur milieu de Sabouraud, et l'inoculation à l'homme est positive.

Les poils lanugineux des régions dépigmentées sont en partie décolorés.

R. BURNIER.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

G. Marinesco, E. Façon, N. Vasilesco et **I. Fenesan.** ***La pyrétothérapie par le soufre de l'atrophie optique spécifique*** (*Romania medicala*, t. 13, n° 2, 15 Janvier 1935, p. 17-18). — Les résultats obtenus, dans le traitement de l'atrophie optique, par le mercure ou le bismuth sont en général médiocres. On n'empêche pas l'évolution du processus d'atrophie optique jusqu'à la cécité complète. L'arsenic est pour certains contre-indiqué. L'injection intra-rachidienne de sérum salvarsanisé « *in vivo* » serait plus efficace d'après la méthode de Marinesco, Swift-Ellis. Sur 12 malades ainsi traités, M. a obtenu dans 3 cas une amélioration subjective et dans 5 cas l'arrêt de l'évolution de l'atrophie optique. Fornyce et Kinier Wilson ont reconnu également la valeur de la méthode. Pour M., malgré certains résultats, la malariathérapie n'a pas amélioré le traitement de l'atrophie optique. Depuis 2 ans avec Knud, Schroeder, Winkler, Fried, un nouvel élément pyrétogène a été introduit : *le soufre*. On injecte par la voie intra-musculaire 2-8 cmc d'une solution huileuse à 1, 2 pour 100. Quantité suffisante pour produire 39 ou 40 de fièvre. On peut ajouter une quantité d'anesthésique pour éviter la douleur locale. L'ascension thermique survient 6-10 heures après et se maintient 6-12 heures. On répète l'injection 1-3 jours après; Winkler en fait une par semaine. On provoque 8-10 accès fébriles. On n'observe pas de troubles généraux. Dans l'intervalle des piqûres on fait un traitement bismuthique ou mercuriel. Avec cette méthode de nombreux auteurs ont obtenu des améliorations remarquables, situant ce traitement sur le premier plan de la thérapeutique de l'atrophie optique. M. cite 3 cas d'atrophie optique spécifique traités par la sulfosine et la néosulfosine (de provenance danoise) et par une solution de soufre. M. et ses collaborateurs ont obtenu des résultats satisfaisants. M. note dans ses cas l'amélioration de l'acuité visuelle, l'élargissement du champ visuel; dans certains cas, on observe la transformation de l'aspect blanc-crétacé, en blanc-rosé, de la papille. M. n'a pas obtenu d'amélioration dans la perception des couleurs.

M. croit qu'il faut distinguer deux actions de la médication soufrée :

1° L'action pyrétogène serait due à une modification des albuminoïdes des tissus, au niveau de l'injection, lesquelles se comporteraient comme des albumines hétérogènes, déclanchant la fièvre.

2° Il faut attribuer au soufre une action locale anti-inflammatoire et circulatoire, due au groupe sulphydril (Hammet). L'introduction parentérale du soufre augmente les disponibilités de l'organisme en sulphydriles, lesquels développent ensuite leur action régénératrice, sur le nerf optique malade.

HENRI KRAUTER.

M. Manicatide et **C. Constantinesco.** ***L'encéphalite post-vaccinale*** (*Romania medicala*, t. 13, n° 3, 1er Février 1935, p. 29-30). — M. et C. exposent l'observation d'une fillette âgée de 15 mois, présentant un cas typique d'encéphalite post-vaccinale. L'enfant, née à terme de parents sains, a reçu à l'âge de 15 mois le vaccin antivariolique. Huit jours après, on note une température de 39-40 accompagnée de convulsions généralisées avec hoquet et salivation abondante. On observe le lendemain l'apparition d'une hémiplégie droite avec paralysie faciale et aphasie. Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés à droite, vifs à gauche. Les réflexes tricipital, styloradial et cubital sont vifs à droite, normaux à gauche. On note un clonus du pied droit. Le Babinski est positif à droite. Le B.-W. est négatif. La ponction lombaire avec tension de liquide, normale. L'enfant a quitté le service avant la guérison. Il s'agit donc d'une encéphalite post-vaccinale, les diagnostics de B avec artérite syphilitique et celui de paralysie infantile à localisations encéphalique avec hémiplégie étant éliminés.

De l'étude de cette observation, comme de celle des observations des autres auteurs, on peut conclure que : l'encéphalite post-vaccinale apparaît toujours 8-15 jours après la vaccination et débute avec 39-40 de fièvre; elle s'accompagne de convulsions, somnolence, vomissements, raideur de la nuque, exagération des réflexes. On peut trouver dans le liquide céphalo-rachidien une légère albuminose et lymphocytose, ou même une composition normale. L'évolution de l'encéphalite post-vaccinale peut être léthale, dès les premiers jours. Les statistiques hollandaises donnent 42 pour 100 de cas mortels dans une épidémie. Les cas qui survivent présentent un pronostic bon. Certains malades guérissent rapidement et complètement. Certains cas présentent des séquelles graves : troubles ataxoparétiques, de la parole, troubles mentaux, idiotie.

Hekmann et Gruneberg recommandent de traiter les cas d'encéphalite post-vaccinale par le sérum des sujets vaccinés récemment; on peut vacciner les parents et l'on recueille leur sérum le 15e ou 16e jour. On l'injecte intra-veineux et intra-rachidien.

Les mesures actuelles de prophylaxie recommandent :

1° La vaccination antivariolique sera pratiquée avant l'âge de 6 mois, la majorité des cas d'encéphalite post-vaccinale s'observant après;

2° On fera une seule scarification, en dénudant uniquement l'épiderme;

3° La lymphe vaccinale sera faiblement diluée et l'on déposera sur la surface scarifiée une petite quantité.

HENRI KRAUTER.

G. Marinesco et **O. Grigoresco.** ***Quelques dates sur l'usage thérapeutique du venin d'abeille dans les manifestations nerveuses rhumatoïdes*** (*Romania medicala*, t. 13, n° 6, 15 Mars 1935, p. 74-75). — On a depuis longtemps remarqué que les malades présentant des affections rhumatoïdes (lumbago, sciatique), piqués par des abeilles, présentaient ultérieurement une amélioration notable de leur état. A la suite des travaux de Langer, Merc, Fleury et Kretschy, on a vu que la formule chimique du venin d'abeille se rapproche de la toxine des cantharides et des sapotoxines non albumineuses; c'est une combinaison basique, complexe lipoïdique. Récemment a été expérimenté le venin de serpent dans le traitement des néoplasmes. Si l'action sur les néoplasmes est nulle, le venin agit nettement sur l'élément *douleur*. Or, le venin de serpent se rapproche nettement du venin d'abeille.

Les manifestations rhumatoïdes étant en majeure partie douloureuses, le venin d'abeille, réduisant ce symptôme, constitue un apport très important, en thérapeutique neurologique.

La toxine des abeilles s'emploie dans le traitement du rhumatisme aigu et chronique, dans toutes leurs manifestations; elle est indiquée surtout dans le traitement des douleurs musculaires et nerveuses rhumatoïdes (sciatique, lumbago, névralgies du trijumeau, iritis rhumatismale).

Son application s'est étendue, à la suite de quelques succès, au rhumatisme déformant, vertébral qui serait à la base des spondyloses et dans la spondylose rhizomélique. Parfois le venin d'abeille aurait une influence heureuse dans certaines affections fébriles chroniques d'étiologie inconnue.

Les piqûres seront faites le plus près possible


Le Pansement de marche
ULCÉOPLAQUE-
ULCÉOBANDE
DU Dr MAURY
CICATRISE RAPIDEMENT
LES PLAIES ATONES
ET LES ULCÈRES VARIQUEUX
LABORATOIRE SÉVIGNÉ.76,RUE DES RONDEAUX.PARIS (XXe)
ULCÉOSINE
ARTÉRIO-SCLÉROSE - PHLÉBITE CHRONIQUE - VARICES ULCÈRES VARIQUEUX - INSUF. HÉPATIQUE ET RÉNALE
ULCÉOSOL
POMMADE
ECZÉMA VARIQUEUX SEC - PRURIGO
ULCÉOSOL
POUDRE
ECZÉMA VARIQUEUX SUINTANT
EPA

de la région douloureuse. On évitera les plis articulaires où les infiltrations des voies lymphatiques peuvent provoquer de grosses réactions. Pour la névralgie du trijumeau, on piquera entre les deux omoplates; pour une sciatique, dans la région paravertébrale lombaire et à l'émergence du nerf, dans la région fessière.

On observe une réaction locale — papule — entourée d'un cercle rouge, puis une légère inflammation; quelques phénomènes généraux: anorexie, vertiges, céphalalgies, sueurs, polyurie; rarement, on observe une éruption urticarienne passagère.

Kretschy a établi que le traitement sera contre-indiqué en cas de syphilis, tuberculose ou gonorrhée, ces malades présentant de violentes réactions. L'intensité des réactions locales et générales guidera sur le dosage et la fréquence des injections que l'on pratiquera de 1 à 4 jours. On peut diminuer l'intensité des réactions en administrant 0 gr. 50 de Br Na ou luminal (0,5).

M. et G. citent un cas de guérison dans une *sciatique rebelle*, une amélioration dans un *rhumatisme chronique déformant*, une amélioration notable dans une *méningo-radiculite lombo-sacrée* de nature infectieuse non déterminée; une amélioration évidente dans une *spondylose rhizomélique;* une guérison dans un cas d'*arthrite rhumatismale du poignet droit;* une guérison dans une *névralgie intercostale* et une *névralgie dentaire* sans épine irritative.

HENRI KRAUTER.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

M. H. Remund. ***La nouvelle loi sur la circulation*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 64, n° 51, 22 Décembre 1934, p. 1161-1164). — La loi fédérale sur la circulation des automobiles et des bicyclettes a été promulguée le 15 Mars 1932 et constitue un compromis, car on a renoncé à l'examen obligatoire qui aurait été indispensable et accepté une simple déclaration écrite de l'impétrant, déclaration qui, d'ailleurs, ne peut entraîner aucune sanction. Un borgne a pu ainsi ne pas donner d'indications dans sa déclaration.

Cependant, cette loi prévoit un examen médical pour les chauffeurs professionnels des services de transports en commun et pour les chauffeurs de taxi, pour ceux qui enseignent à conduire et pour ceux qui, ayant dépassé 65 ans, demandent un permis. Les exigences les plus élevées sont imposées naturellement dans le premier cas. Pour les chauffeurs de taxi, elles sont moindres. Ainsi, pour l'acuité visuelle, elle doit être de 1 sans correction dans le premier cas, au moins de 0,6 sans correction pour les chauffeurs de taxi. L'audition doit être des deux côtés de 5 mètres dans le premier cas et de 3 mètres dans le second pour la voix chuchotée. Il ne doit pas y avoir d'affection organique nerveuse ou mentale ou d'inhibition psychique et l'examen doit être renouvelé périodiquement.

On doit être particulièrement prudent avec des sujets qui demandent un permis de conduire après avoir été malades ou après avoir été accidentés. Ainsi, par exemple, une chauffeuse, autrefois tout à fait bien portante, a fait, à 28 ans, une encéphalite léthargique et se déclare complètement guérie. Elle recommence à conduire et suscite toujours de nombreux accidents. L'examen montre de l'amimie, des mouvements saccadés, du nystagmus horizontal, de l'insuffisance du sentiment de la responsabilité, c'est-à-dire en somme une altération du système striopallidé et une modification du caractère.

Une autre observation concerne un homme qui a eu dans son enfance une amputation des deux avant-bras et qui fait des efforts très remarquables pour s'adapter. Il arrive à faire du vélo, des ascensions, du ski, etc. et il voudrait pouvoir conduire une auto en vue de quoi il a imaginé un dispositif spécial. Néanmoins, il ne peut pas, dans des circonstances difficiles, manœuvrer ce dispositif avec une certitude complète et une grande vitesse. Le permis lui a été refusé. Il a été de même refusé à un épileptique, à un schizophrénique dans une période de rémission, à un individu à cause d'indifférence inconsistante et d'hyperexcitabilité psychopathique.

D'autre part, la loi enlève le permis de conduire en cas d'accident survenu au cours d'ivresse alcoolique. Elle comporte des exceptions remarquables: il n'est pas nécessaire d'avoir un permis pour conduire des tracteurs. Un enfant de moins de 14 ans s'est tué en conduisant un tracteur chargé de foin. Il conduisait cet appareil depuis 4 ans. De même, il n'est pas possible d'interdire de faire de la bicyclette parce que le numéro des appareils a été supprimé. Néanmoins, dans l'ensemble, cette loi unifie les règlements pour la circulation et, de ce fait, présente des avantages certains.

P.-E. MORHARDT.

René S. Mach. ***Sécrétion gastrique et hypochlorémie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 65, n° 1, 5 Janvier 1935, p. 11-13). — L'azotémie par déchloruration, à la suite des vomissements, est un fait d'expérience. Mais les vomissements ne suffisent pas à eux seuls pour créer un état d'hypochlorémie. Il en est de même pour les diarrhées profuses qui, dans certains cas, mais pas dans d'autres, déterminent de la déchloruration. Ainsi, des différences individuelles jouent un rôle important. Ces différences ont été attribuées au foie, au pancréas, etc. En poursuivant des recherches pour déterminer ces facteurs individuels, M. a constaté tout d'abord que les parois gastriques constituent le centre du métabolisme chloré. Cet organe appelle, en effet, en 24 heures, une masse de chlore égale à celle qui existe dans le sang. Ainsi, la sécrétion du suc gastrique détermine une légère alcalose sanguine et une hypochlorémie post-prandiale.

Pour préciser ce phénomène, M. a procédé à des observations chez divers sujets chez lesquels on a d'abord dosé le Cl plasmatique et globulaire ainsi que l'urée du sang. Ensuite, on a placé une sonde d'Einhorn et pompé le liquide existant dans l'estomac. Un peu plus tard, on a fait des injections d'histamine et pompé de nouveau tout le liquide sécrété pendant plus de 3 heures et enfin on a procédé à une seconde prise de sang pour refaire les dosages pratiqués initialement.

Le suc gastrique ainsi prélevé a varié de 980 cmc (ulcère duodénal) à 25 cmc (anémie de Biermer) et a été en moyenne, chez le sujet normal, de 300 cmc. Chez ce dernier, le Cl du suc gastrique atteint en moyenne 3,4 pour 1.000, le Cl de NaCl représentant le tiers ou la moitié du Cl total. Chez les anachlorhydriques, le Cl est à la concentration de 2,8 pour 1.000 et sous forme de chlorure exclusivement. Il ne semble donc pas que les anachlorhydriques soient à l'abri de l'hypochlorémie par vomissements.

La composition du sang n'a pas été modifiée par le pompage du suc gastrique. Il faut, d'ailleurs, un prélèvement minimum de 50 centigr. de Cl pour agir sur la chlorémie. Le chlore globulaire s'abaisse parfois plus que le chlore plasmatique et, d'autres fois, au contraire, s'élève. L'urée sanguine reste stationnaire. Dans un cas de cirrhose de Laennec, une perte de chlore, relativement modérée (1 gr. 48), a déterminé un abaissement marqué de la chlorémie (5,71 pour 1.000). Dans un cas de sténose pylorique avec hypochlorémie et alcalose, il a suffi, au contraire, de prélever une quantité relativement modérée de Cl gastrique (1 gr. 22) pour déterminer un abaissement important du chlore plasmatique. Si, dans le premier cas, le foie pouvait être en cause, dans celui-ci par contre, ce qui a joué pour faire apparaître la chlorémie, c'est avant tout la diminution des réserves qui, d'ailleurs, sont difficiles à évaluer. D'autre part, à côté de l'appauvrissement en chlore, une rétention chlorée tissulaire paraît également capable de réaliser une hypochlorémie.

P.-E. MORHARDT.

Hans Wildbolz. ***Le traitement de l'hypertrophie de la prostate*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 65, n° 3, 19 Janvier 193, p. 49-53). — W. remarque que les premiers conseils du praticien consulté par le prostatique sont décisifs au point de vue de l'évolution de la maladie. D'ailleurs, cette hypertrophie ne gêne pas les mictions d'une façon constante et, d'une manière générale, tant que la vessie se vide bien, l'état du malade ne souffre pas de cette affection. Par contre, un résidu, dépassant 200 cmc après chaque miction, détermine une sclérose rénale. Le diagnostic de cette rétention ne peut être fait que par le cathétérisme, malgré toutes les craintes d'infection que suscite cette méthode d'examen. En cas de rétention aiguë, les dangers augmentent rapidement et, d'autre part, l'évacuation complète ou partielle de la vessie peut entraîner une hémorragie avec des sensations pénibles pour le malade. Quoi qu'il en soit, le traitement de tout prostatique ayant une rétention importante doit commencer par le cathétérisme systématique. Les dangers d'infection sont prévenus par l'ingestion d'antiseptiques urinaires ou l'injection intravésicale de protargol ou de nitrate d'argent.

Le traitement définitif sera fait par la prostatectomie. W., qui a traité au cours des six dernières années 423 prostatiques, a constaté, dans 108 cas, une rétention trop modérée pour nécessiter la prostatectomie. Dans 315 cas, l'intervention aurait été indiquée, mais 16 malades refusèrent, 214 acceptèrent, 204 guérirent et 10 succombèrent. La mortalité est donc de 4,6 pour 100 alors que dans des séries antérieures elle avait été de 6 pour 100. Chez 85 malades, par contre, les fonctions circulatoires ou rénales étaient trop mauvaises pour que la prostatectomie pût être recommandée et, d'ailleurs, 23 de ces malades sont morts quelques semaines ou quelques mois plus tard. Le reste a pu être bien amélioré par le cathétérisme.

La résection électrique transurétrale de la prostate, qui est pratiquée aux Etats-Unis, depuis 3 ou 4 ans, est une opération moins choquante que la prostatectomie à ciel ouvert, mais elle provoque néanmoins des accidents d'anurie et d'urémie. Les malades peuvent se relever déjà au bout de 8 jours, mais souffrent cependant pendant longtemps, de sorte que les indications de cette méthode doivent être limitées exclusivement aux cas où les fonctions rénales sont conservées et aux petits adénomes prostatiques.

Au point de vue des méthodes hygiénique et hygiéno-diététique, W. recommande la modération dans les aliments et les boissons ainsi que d'éviter de rester assis trop longtemps. Comme antispasmodiques, il recommande la belladone ou la papavérine et le syntropan dans les cas où la rétention est trop modérée pour que le sondage puisse être employé d'une façon régulière.

Parmi les autres méthodes, la castration ne donne pas de résultats suffisants pour compenser ses inconvénients. La vasectomie a été remplacée par la ligature des cônes efférents, puis par la vasectomie associée aux mouchetures du testicule. Mais il ne semble pas à W. qu'en augmentant ainsi l'arrivée dans le sang de l'hormone sexuelle mâle, on agisse favorablement sur l'hypertrophie de la prostate. L'irradiation de la prostate peut être essayée au début et en cherchant simplement à réduire la congestion de l'organe par de petites doses. Mais il n'y a pas lieu d'espérer par cette méthode une réduction de la glande.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

M. Robin (Limoges). ***Les inhalations carboniques dans l'anesthésie chirurgicale et la thérapeutique post-opératoire*** (*Le Bulletin Médical*, t. **49**, nº 10, 9 Mars 1935, p. 165-172). — Le gaz carbonique est l'adjuvant et le correctif de la narcose par inhalation. Au cours de l'anesthésie générale, il est facteur d'hyperventilation pulmonaire; grâce à elle, l'anesthésique est facilement absorbé, le sommeil est plus rapide. Souvent, les petites alertes du début: crises d'agitation, apnée initiale, sont supprimées.

Le CO^2 a encore l'avantage de diminuer l'encombrement bronchique, l'irritation bronchique étant moindre du fait de la concentration plus faible des vapeurs anesthésiques et l'expulsion des exsudats bronchiques étant plus facile grâce à l'hyperventilation et à l'action liquéfiante du gaz. La diminution de la cyanose est le phénomène le plus frappant.

Les inhalations carboniques préviennent les accidents asphyxiques de l'anesthésie en empêchant l'apnée par acapnie et en assurant l'élimination rapide de l'anesthésique volatil par l'hyperventilation pulmonaire. Pour les mêmes raisons, le réveil est rapide et se fait sans vomissements.

Les inhalations de gaz carbonique trouvent encore leurs indications dans la thérapeutique post-opératoire. Le premier stade de toutes les complications pulmonaires est l'atélectasie dont les principaux facteurs sont l'hypoventilation et l'obstruction bronchique. Les inhalations de CO^2 préviennent l'atélectasie par hyperventilation et relèvement du tonus des muscles inspirateurs. Elles amènent souvent la guérison rapide du collapsus déclaré; elles agiraient même sur les complications pulmonaires confirmées.

Le gaz carbonique est encore un traitement préventif et curatif du choc opératoire, il supprime le hoquet, et stimule le péristaltisme intestinal.

C'est l'anesthésie générale par inhalation qui bénéficie le plus de la thérapeutique carbonique, celle-ci est également précieuse dans la rachianesthésie, dans l'anesthésie à l'avertine et dans les anesthésies loco-régionales.

Les inhalations de gaz carbonique n'ont aucune contre-indication absolue. On emploie le CO^2 pur, mélangé aux anesthésiques ou mélangé à l'air ou à l'oxygène. Il est rarement nécessaire de le donner au début ou pendant l'anesthésie, c'est surtout une médication de secours, à certains débuts d'anesthésies difficiles, en cas de syncope opératoire, à la fin de l'anesthésie et dans la période post-opératoire.

Robert Clément.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

P. Masquin et **O. Trelles**. ***Action de la malariathérapie sur le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **108**, nº 15, 20 Février 1935, p. 241-247). — Les paralytiques généraux de la clinique des maladies mentales subissent une ponction lombaire à leur entrée, une deuxième 15 jours environ après l'arrêt des accès de paludisme provoqué, puis une troisième à leur sortie. Les malades externes sont en général ponctionnés 2 fois par an, pendant les deux premières années tout au moins.

La lecture d'une centaine d'examens du liquide céphalo-rachidien montre que la malariathérapie modifie dans tous les cas et immédiatement la formule du liquide céphalo-rachidien. Il n'existe aucun parallélisme entre le degré de rémission des troubles psychiques et le degré des modifications humorales. Ces changements ne constituent donc pas un élément de pronostic sûr.

Au cours de la période thérapeutique, la malariathérapie provoque une réduction d'emblée de l'hyperalbuminose et de l'hypercytose et une ébauche de la transformation de la courbe du benjoin qui, du type paralytique, tend à évoluer vers celui de la syphilis cérébrale. Le Bordet-Wassermann garde une fixité remarquable dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang; il est même devenu positif dans le sang de quelques sujets où il était négatif avant le traitement.

Au cours de la période tardive, l'hyperalbuminose, après avoir régressé brusquement, garde un taux presque immuable. Il y a peu de changement dans la réaction des globulines. La cytologie continue à se rapprocher de la normale, quoique plus lentement que dans la période post-malarique. Les réactions colloïdales continuent leur marche régressive, mais n'atteignent la normale que dans un nombre de cas plus restreint et après des années d'évolution fixée.

Pas plus dans la période tardive que dans la période récente, il n'y a de parallélisme entre l'état mental et les formules humorales.

La fixité, la régression lente des réactions humorales, sont un bon élément de pronostic, surtout lorsqu'elles coïncident avec une amélioration psychique, puisqu'elles marquent l'arrêt du processus évolutif; Leur réapparition, faisant craindre une rechute, doit faire intensifier le traitement et même motiver une deuxième impaludation.

Si, exceptionnellement, on peut faire le diagnostic de paralysie générale, avec un liquide céphalo-rachidien sans réaction pathologique, on peut obtenir par l'action de la malaria la négativation des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien. Ces faits montrent que l'examen clinique est toujours plus important que l'état du liquide céphalo-rachidien dans l'estimation du pronostic.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Dechaume. ***Tumeurs hyperplasiques des maxillaires*** (*Progrès Médical*, t. **41**, nº 50, 8 Décembre 1934, p. 1985-1990). — D. signale les faits récents dans l'étude des tumeurs hyperplasiques: plasmocytome (Crocquefer), pseudo-sarcome (Axhausen), pseudo-Paget (Axhausen). D. montre la variété des opinions pathogéniques, la divergence des interprétations histologiques. Ayant observé 7 cas de tumeurs hyperplasiques des maxillaires, il pense que l'on peut les rapprocher des épulis. Les unes et les autres sont souvent en rapport avec une cause locale dont l'inflammation atténuée est la plus fréquente, mais nécessitant un terrain. D. le place dans un trouble de la crase sanguine, lui-même conditionné par des processus morbides variables, et parfois délicat à mettre en évidence en raison de leur caractère transitoire. Il englobe dans ces tumeurs hyperplasiques: les ostéopathies fibreuses, un certain nombre d'ostéomes, la plupart des fibromes, des ostéofibromes, des fibrosarcomes, les pseudo-Paget et les pseudo-sarcomes, l'hypertrophie chronique du maxillaire supérieur, les périostoses des jeunes et même la tumeur à myéloplaxes.

C. Ruppe.

H. Paillard. ***L'avenir des hypertendus*** (*Le Progrès médical*, t. **42**, nº 7, 16 Février 1935, p. 265-269). — L'avenir des hypertendus dépend de 2 facteurs: la qualité de l'hypertension, le traitement réalisé par le malade.

La qualité de l'hypertension a plus d'importance que son degré. L'hypertension pléthorique est la forme curable. L'hypertension, d'origine rénale, est plus redoutable; on arrive par le repos et le régime à la réduire partiellement, mais plus de 50 pour 100 de ces sujets meurent d'accidents d'hypertension. L'hypertension, d'origine neuro-endocrinienne, correspond à un grand nombre d'hypertensions de la cinquantaine permanentes et à la plupart des faits d'hypertension paroxystique.

Il ne faut pas généraliser le rôle de la syphilis acquise ou héréditaire dans l'hypertension. On peut la mettre assez souvent indirectement en cause, mais le traitement spécifique est généralement inefficace.

Deux thérapeutiques sont actives contre l'hypertension: le repos et le régime restrictif. La plupart des médications physiothérapiques ou médicamenteuses n'ont qu'une action temporaire et limitée.

Il faut débrouiller chaque cas particulier, rechercher la part de la pléthore, celle de la lésion rénale, celle de la syphilis ou de l'artério-sclérose, celle de la dysfonction neuro-endocrinienne. De l'étude étiologique et physio-pathologique, le pronostic ne découle pas comme d'un barème, mais on arrive à faire la part de ce qui est curable et de ce qui ne l'est pas.

Robert Clément.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

P. Le Noir, M. Gilson et Mlle **M. Parmentier**. ***Les spasmes localisés de la région pyloro-duodénale. Intérêt qu'ils peuvent présenter par leur permanence*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **25**, nº 2, Février 1935, p. 113-128). — La région pylorique et le duodénum peuvent être le siège de spasmes *localisés* et *permanents*.

Ce sont des manifestations réflexes, qui ne méritent l'attention que par leur permanence.

En radiologie, il importe de différencier la déformation organique vraie et le spasme persistant.

Si c'est un spasme persistant, il faut rechercher:

1º Une cause organique ou digestive: ulcus ou néoplasme de l'estomac, cholécystite, appendicite, brides.

2º Certaines images spasmodiques, en l'absence de causes digestives (pylore en bec de cafetière), paraissent dépendre d'une infection syphilitique; aortite, lésion à distance.

3º En dernier ressort il s'agit d'un trouble neuro-végétatif.

J. Okinczyc.

D. Simici, S. Lluesma, C.-C. Dimitriu (Bucarest). ***Recherches graphiques concernant l'action des inhalations de nitrite d'amyle sur la motilité de l'estomac chez l'homme à l'état normal et pathologique*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*,

BOLÉASE MONAL

GLOBULES GLUTINISÉS DE BILE ET DE BOLDO

CHOLAGOGUE
DÉCONGESTIF
ANTITOXIQUE

RÉGULATEUR DES FONCTIONS
HÉPATIQUES
BILIAIRES
INTESTINALES

MALADIES du FOIE – ENTÉRO-COLITES.
CONSTIPATION – AUTO-INTOXICATIONS
BOLÉASE MONAL
2 Globules 2 à 3 fois par jour

CONGESTIONS DU FOIE
ICTÈRES – CIRRHOSES
LITHIASE BILIAIRE
CHOLÉMIE – ACHOLIE
ENTÉRO – COLITES
CONSTIPATION
AUTO – INTOXICATIONS

Échantillons
et Littérature
sur demande

LABORATOIRES MONAL – 6, rue Bridaine – PARIS

t. **25**, n° 2, Février 1935, p. 129-139). — Le nitrite d'amyle possède une action énergique sur la motilité gastrique.

A petites doses, il produit une inhibition faible et passagère de la contractilité; à doses moyenne ou massive, il produit une inhibition prompte, énergique et prolongée de cette contractilité, avec une accélération du pouls. La contractilité reparaît avec l'atténuation de la tachycardie, par action simultanée sur le parasympathique du cœur et de l'estomac.

Il atténue encore les douleurs dans les maladies de l'estomac par action simultanée sur la contractilité gastrique.

J. Okinczyc.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

P. Eivine et **L. Zelditsch** (Kiew). ***Sur la pression sanguine au cours de certaines affections aiguës des enfants*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **38**, n° 3, Mars 1935, p. 133-147). — La détermination de la pression sanguine comme méthode d'examen du malade n'a pas encore acquis droit de cité en clinique infantile. E. et Z estiment que c'est à tort.

Dans une première partie ils ont étudié la pression sanguine sur un grand nombre d'enfants sains et vérifié les méthodes de détermination de cette pression, à l'aide de l'appareil Riva-Rocci avec manchette de Sahli.

Dans une deuxième partie ils ont précisé la pression sanguine dans différentes affections aiguës.

Les recherches de E. et Z., qui ont porté sur 149 enfants, 75 garçons et 74 fillettes, montrent que la pression sanguine dans la première et la seconde enfance n'est pas sous la dépendance du sexe. L'élévation de la température, d'autre part, n'influence pas d'une manière sensible la pression sanguine des enfants.

Chez certains enfants bien portants, la pression est stable; mais chez d'autres elle peut subir des oscillations de 5 à 10 millimètres.

Le tonus des vaisseaux et la lumière du réseau capillaire paraissent être les facteurs essentiels de la pression sanguine. Les variations de la pression maximale et minimale ne sont pas toujours parallèles.

Les *pneumonies*, surtout les formes cardio-vasculaire et septique, donnent très souvent une augmentation de la pression sanguine. Les *méningites* donnent une élévation moindre que la pneumonie. Dans les *typhus*, au contraire, il y a tendance à la diminution de la pression sanguine.

E. et Z estiment que la détermination de la pression sanguine est précieuse en médecine infantile pour le pronostic et pour le choix des mesures thérapeutiques. Ils concluent qu'elle doit être utilisée couramment à tous les âges.

G. Schreiber.

JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

Géza de Illyès (Budapest). ***Des calculs rénaux récidivants*** (*Journal d'Urologie*, t. **38**, n° 5, Novembre 1934, p. 419-432). — Voici les conclusions de ce travail: sur 1.443 cas de lithiase rénale, 843 ont été opérés. Il a été fait 252 néphrectomies et 591 opérations conservatrices dont 81 néphrotomies et 510 pyélo ou urétérotomies. Il y a eu 49 cas de récidive, soit 8,3 pour cent.

Parmi ces 49 récidives, il y avait 7 pseudo-récidives (développement d'un calcul oublié dans le rein lors de la première intervention). Après la néphrotomie, il y a récidive dans 6 pour cent des cas (5 cas observés). Après pyélotomie ou urétérotomie, il y a récidive dans 8,7 pour 100 des cas (44 cas observés).

Les causes de la récidive sont au nombre de trois: la survivance de l'infection, la dilatation définitive du bassinet et des calices, la persistance de la diathèse lithiasique.

On peut, mais dans une certaine mesure seulement, lutter contre ces trois causes de récidive.

G. Wolfromm.

L. Lindenfeld (Cracovie). ***Kystes solitaires du rein. Etude clinique et expérimentale*** (*Journal d'Urologie*, t. **38**, n° 6, Décembre 1934; t. **39**, n° 1, Janvier et n° 2, Février 1935, p. 506-517, 18-35, 119-130). — Il a été publié à ce jour 257 cas de kyste solitaire du rein auxquels viennent s'ajouter 5 observations nouvelles recueillies par L. de 1931 à 1934.

Les kystes du rein peuvent être classés en 4 groupes: kystes intra-parenchymateux, kystes sous-capsulaires (les plus fréquents), kystes parahilaires (adhérents au bassinet), kystes pararénaux (adhérents à la capsule rénale).

Ces kystes se développeraient aux dépens de tubes nés du bourgeon qui constituera la partie excrétrice du rein (bourgeon urétéral).

On peut en provoquer expérimentalement le développement en greffant des fragments de paroi pyélique ou urétérale sous la capsule et en plein parenchyme du rein. Des expériences de contrôle sont faites avec des fragments de paroi de vésicule biliaire et de muscle strié. L. a fait ainsi 20 expériences de greffe rénale. En voici les résultats:

Dix greffes sous-capsulaires de paroi du bassinet ou de l'uretère ont donné naissance à 7 kystes. Deux greffes intra-parenchymateuses de paroi pyélique ont donné naissance à deux kystes. Cinq greffes de paroi vésiculaire ont donné naissance à deux kystes. Huit greffes de tissu musculaire strié n'ont donné naissance à aucun kyste.

Les kystes expérimentaux d'origine urinaire ont un contenu très fluide, limpide et jaune. Leur paroi épithéliale est lisse, stratifiée dans les kystes jeunes, simple dans un kyste ancien; ils sont uniloculaires.

Les kystes expérimentaux d'origine vésiculaire sont multiloculaires. Ils ont un contenu épais, glaireux, trouble et blanchâtre. Leur revêtement épithélial est en pleine végétation.

Quelques pages claires et précises terminent ce beau travail en résumant nos connaissances sur l'anatomie pathologique, la clinique et la thérapeutique de cette affection. Il faut exciser les kystes solitaires du rein en respectant le rein habituellement tout à fait sain.

G. Wolfromm.

LE NOURRISSON (Paris)

A.-B. Marfan. ***Les formes cliniques du rachitisme. II. Vue générale de l'étiologie et de la pathogénie du rachitisme*** (*Le Nourrisson*, t. **22**, n° 2, Mars 1935, p. 73-85). — Dans une étude précédente, M. a décrit les formes cliniques variées du rachitisme. Dans le présent travail il expose les recherches qu'il a poursuivies pour expliquer pourquoi le rachitisme revêt tantôt l'une, tantôt l'autre de ces diverses formes.

Etiologie. — Les causes efficientes du rachitisme doivent intervenir à la période de croissance des os qui va des derniers mois de la vie fœtale jusqu'à 18 ans environ, âge de soudure des épiphyses. C'est surtout quand elles agissent durant les dernières semaines de la vie intra-utérine et les douze premiers mois de la vie extra-utérine qu'elles produisent le rachitisme.

Ces causes efficientes peuvent être divisées en 4 groupes. Ce sont:

1° Des états infectieux chroniques ou prolongés, au premier rang desquels il faut ranger *la syphilis congénitale*, puis *la tuberculose*, *la broncho-pneumonie prolongée ou à rechutes*, *les infections cutanées durables*, *la diphtérie chronique des fosses nasales*, *le paludisme congénital ou précoce*.

2° Une alimentation inappropriée ou carencée.

3° Des troubles digestifs chroniques ou à rechutes.

4° Des néphropathies chroniques et certaines maladies chroniques de la nutrition.

Parmi les causes prédisposantes, la principale est le séjour prolongé dans des habitations obscures.

Pathogénie. — M. admet que c'est en provoquant des réactions médullo-cartilagineuses que les infections chroniques ou prolongées déterminent le rachitisme. A la période initiale, les lésions du rachitisme consistent, en effet, en une sorte de chondromyélite proliférante avec ralentissement de la calcification; à la période d'état, en une sorte de chondromyélite fibreuse avec arrêt de la calcification. Ces altérations sont localisées ou prédominantes dans les zones d'ossification.

Mais le rachitisme n'est pas une maladie limitée aux os. Les troubles qui avec les altérations osseuses constituent le « syndrome rachitique ou mieux l'*ostéo-lymphatisme* » sont l'*intumescence des organes lymphoïdes* (polyadénie, hypertrophie des amygdales, parfois de la rate, du thymus etc), l'*anémie*, l'*hypotonie musculaire*.

Les différentes causes du rachitisme ont un caractère commun: elles créent un état d'auto-intoxication. Or l'anatomie pathologique et l'expérimentation démontrent que la plupart des intoxications lentes provoquent dans les tissus lymphoïdes de la moelle osseuse des réactions analogues à celles que produisent les états infectieux.

La privation des rayons solaires, l'*anhélie* est la cause prédisposante la plus importante du rachitisme, mais elle est incapable de le produire quand elle agit seule.

Les infections et les intoxications semblent ne pouvoir produire le rachitisme que si les cellules de la zone d'ossification ne sont pas protégées par un principe spécial, le principe antirachitique, ou vitamine D qu'on identifie à l'ergostérol irradié. L'appauvrissement de l'organisme en ce principe peut être dû soit au défaut d'action de la lumière solaire sur l'organisme, à l'anhélie, soit à la maladie infectieuse ou toxique elle-même.

En terminant, M. signale que si l'on assimile le rachitisme à l'*avitaminose D*, il convient de faire observer que cette avitaminose D n'a pas une origine alimentaire. D'autre part, parmi les avitaminoses, le rachitisme se distingue en ce que la carence d'ergostérol irradié ne suffit pas à le produire: il lui faut le concours d'une infection ou d'une intoxication.

G. Schreiber.

REVUE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE (Paris)

Milian et **Lebourg**. ***Agénésie dentaire, stigmate de l'hérédo-syphilis*** (*Revue française de Dermatologie*, t. **10**, n° 10, Décembre 1934, p. 579-597). — Pour qu'il y ait agénésie dentaire, il faut qu'une ou plusieurs dents temporaires ou permanentes n'existe ni sur l'arcade ni dans le maxillaire et que son bourgeon n'ait pas subi une évolution tumorale. Il s'agit par conséquent d'une agénésie folliculaire. Cette agénésie est, en général, limitée à un nombre très restreint de dents, les cas d'anodontie ou d'oligodontie étant exceptionnels.

L'agénésie dentaire frappe les dents permanentes et avant tout l'incisive latérale supérieure et la deuxième prémolaire supérieure ou inférieure. Les agénésies des autres dents sont possibles mais beaucoup plus rares. Il faut éliminer comme trouble dystrophique l'absence de dents de sagesse qui est un phénomène normal de régression.

L'agénésie est très souvent *bilatérale* et elle est


Diurétique
L'eau de SAINT-GALMIER, Source Badoit, dont la minéralisation très diverse comporte des azotates diurétiques, exerce son action bienfaisante sur les reins et sur l'ensemble de l'appareil genito-urinaire des deux sexes. A jeun en particulier, son action diurétique s'affirme et rend d'incontestables services dans le régime des arthritiques, des diabétiques et des albuminuriques.
SOURCE BADOIT
SAINT GALMIER BADOIT
source de santé

susceptible de *se répéter sur plusieurs générations.*

Du point de vue pathogénique, les auteurs insistent sur ce fait qu'il ne peut y avoir une évolution régressive de l'appareil dento-formateur. Par conséquent, *l'anadontie relève d'un trouble survenant pendant les premières semaines de la vie embryonnaire, l'agénésie des dents temporaires de la 7e à la 12e semaine et celle des dents permanentes de remplacement de la 16e à la 36e semaine.*

Les auteurs rejettent les notions d'hérédité, ainsi que la nature endocrinienne, parce que, au moment où se constituent les follicules dentaires, les glandes à sécrétion interne sont à peine formées.

Ils concluent que l'agénésie est un stigmate important d'hérédo-syphilis. Le caractère familial fréquent de l'agénésie s'explique parce que toute dystrophie hérédo-syphilitique acquise est susceptible de se transmettre pendant plusieurs générations.

C. Ruppe.

REVUE DU RHUMATISME
(Paris)

Th. Alajouanine et **R. Thurel.** ***Les ostéo-arthropathies nerveuses*** (*Revue du Rhumatisme*, t. **2**, n° 3, Mars 1935, p. 193-265). — A. et T. font d'abord une étude analytique des ostéo-arthropathies que l'on peut observer dans les lésions nerveuses, périphériques, médullaires ou cérébrales.

Les traumatismes des membres ou de la colonne vertébrale provoquent des lésions d'ostéoporose et des troubles trophiques ostéo-articulaires, il existe un véritable syndrome post-traumatique tardif de la colonne vertébrale. Les polynévrites ont rarement un retentissement sur le système osseux, le zona des membres s'accompagne parfois d'ostéoporose diffuse et de raideurs articulaires.

C'est au cours des affections médullaires, particulièrement le tabes et la syringomyélie, que l'on observe le plus souvent des lésions d'ostéo-arthropathies. Le gros orteil tabétique, le pied tabétique, le genou, la hanche, les doigts, le poignet, le coude, l'épaule et la colonne vertébrale méritent chacun une description spéciale.

Chez les paraplégiques par lésions médullaires graves, traumatiques ou infectieuses, au cours de la sclérose latérale amyotrophique, on trouve des arthropathies analogues à celles du tabes et des « para-ostéo-arthropathies ».

Enfin, on trouve des syndromes analogues au cours des hémiplégies et des syndromes parkinsoniens.

Ces diverses ostéo-arthropathies sont sous la dépendance de lésions nerveuses qui retentissent sur les os et les articulations par l'intermédiaire de perturbations vasculo-sympathiques.

L'ostéoporose, conséquence directe de l'hyperémie active, est la lésion initiale. Par la fragilité osseuse qu'elle détermine, elle rend compte des fractures et de l'effondrement articulaire qui se produisent à l'occasion de traumatismes légers ou sous l'influence des actions mécaniques physiologiques.

L'hyperostose avec néo-formations osseuses du voisinage n'est que le corollaire de l'ostéoporose et du processus de destruction, mais il est difficile de ne pas voir en elle un processus de réparation et de consolidation.

Ces données physio-pathologiques n'ont pas seulement un intérêt théorique, elles comportent des déductions thérapeutiques. La destruction des nerfs vaso-moteurs des membres, par sympathectomie artérielle, supprime les troubles vasculo-sympathiques, qui sont à l'origine de l'ostéoporose, et le nouveau régime circulatoire ainsi créé est favorable au développement de l'hyperostose, processus de réparation et de consolidation.

Robert Clément.

MAROC MÉDICAL

P. Remlinger et **J. Bailly.** ***Les microbes des cartes à jouer dans les cafés maures*** (*Maroc-Médical*, n° 151, 15 Janvier 1935, p. 15-17). — L'enduit noir et gras, qui recouvre les cartes usagées employées dans les cafés maures de Tanger, uniquement fréquentés par les indigènes, a été étudié au microscope, cultivé et inoculé aux animaux. Il est constitué de très nombreux débris minéraux, d'acides gras cristallisés et de globules de graisse neutre. Il y a quelques éléments végétaux et des cellules ligneuses provenant probablement de la sciure de bois; on trouve encore de rares filaments mycéliens ramifiés de levure, et des fragments de poils brisés. Aucun parasite, aucun œuf d'acare; on ne découvre que quelques filaments de subtilis et de rares cocci. Une fois, cependant, on a trouvé un germe ressemblant morphologiquement au gonocoque.

Des ensemencements ont donné des résultats très divers. Le plus souvent, on trouve des bactéries banales et inoffensives; on a isolé un germe rappelant le bacille de Friedlander et des colibacilles.

L'inoculation à 12 cobayes n'a produit ni gangrène, ni accidents locaux susceptibles d'être attribués à des anaérobies. Quelques décès semblent avoir été déterminés par le colibacille, quelques autres par les microbes de la putréfaction paraissant appartenir au groupe proteus. 7 cobayes ont survécu et ont été trouvé indemnes de tuberculose.

Le danger des cartes à jouer malpropres ne doit pas être exagéré. Le nombre des germes qu'elles décèlent peut être très elevé, mais la plupart sont inoffensifs. Théoriquement, un certain nombre d'affections peuvent être transmises par les cartes à jouer, mais les recherches ci-dessus n'apportent aucun argument décisif en faveur de cette hypothèse. Les résultats obtenus eussent sans doute été différents avec des cartes prélevées dans des milieux fréquentés par des malades: hôpitaux, sanatoriums.

Robert Clément.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE
(Berlin)

W. Sehmisch (Berlin-Urban). ***Tuberculose du corps thyroïde et maladie de Basedow*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **243**, fasc. 10 et 11, Octobre 1934, p. 693-699). — Hofhauser a décrit 4 formes de tuberculose thyroïdienne : forme miliaire, tuberculome isolé, abcès froid et noyaux caséeux, cicatrice fibreuse; dans ces deux dernières formes on ne peut mettre en évidence le bacille tuberculeux. Il en a été de même pour les deux cas rapportés par S. Syndrome de Basedow typique, tuberculose thyroïdienne évidente sur les coupes macroscopiques et microscopiques, mais pas de bacille décelable. La lobectomie, ou la thyroïdectomie subtotale, ont été toutes deux suivies de succès, le chiffre du métabolisme basal a été ramené au voisinage de la normale. L'auteur remarque que depuis 1928, il a colligé 320 opérations sur le corps thyroïde et que, dans deux cas seulement, il s'agissait de tuberculose.

P. Wilmoth.

O. Voss (Hambourg). ***Contributions à la clinique de la maladie de Basedow*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **244**, fasc. 1, Novembre 1934, p. 1-61). — De ce très long article on peut extraire deux notions : l'examen au spectroscope des sécrétions thyroïdiennes paraît montrer que la maladie de Basedow est due à un trouble de la fonction hormonale de la glande thyroïdienne, ce que nous savions déjà. En ce qui concerne le diagnostic entre les autres affections thyroïdiennes et la maladie de Basedow, l'auteur insiste sur les lésions du *système neuro-musculaire.*

Par contre ce qui est digne d'être retenu, c'est l'influence favorable de fortes doses de quinine, en injections intramusculaires, après les interventions sur le corps thyroïde pour maladie de Basedow.

P. Wilmoth.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

Georg Haban. ***Nanisme avec cachexie hypophysaire et tumeur du pédicule hypophysaire*** (*Endokrinologie*, t. **15**, n° 3, Février 1935, p. 158-167). — H. donne l'observation d'un homme de 38 ans, présentant depuis 15 ans des pertes de connaissance qui lui donnent une sensation d'épuisement. On constate au niveau de la base du cerveau une décalcification constituée par un gros et deux petits foyers. La selle turcique est détruite ainsi qu'une partie du rocher. On fait le diagnostic de kyste de la poche de Rathke. Une intervention est pratiquée qui permet de ponctionner et d'enlever le kyste, mais le malade meurt 5 heures plus tard.

A l'autopsie, on constate dans la région de l'infundibulum une tumeur du pédicule hypophysaire de Erdheim provenant des îlots épithéliaux persistants de ce pédicule. Dans le lobe antérieur de l'hypophyse qui est presque entièrement détruit, on ne trouve plus que quelques groupes de cellules éosinophiles. Tous les viscères et plus spécialement toutes les glandes endocriniennes sont notablement plus petits que normalement. Toutes les épiphyses des os longs ont encore une épaisseur de 2 mm.

La taille du malade est de 155 cm., c'est-à-dire celle d'un garçon de 15 ans. Poids: 37 kilogr. (44 kilogr. pour un garçon de 15 ans de même taille); cœur: 160 gr. (241 gr.); foie: 850 gr. (1.270 gr.); reins: 125 gr. (242 gr.); thyroïde: 13 gr. (12 gr.); surrénales: 4 gr. (9 gr.); testicules: 8 gr. (20 gr.).

On a eu somme le syndrome de la cachexie hypophysaire. Les symptômes de la maladie sont devenus sensibles à l'âge de 23 ans, c'est-à-dire à un moment où la croissance était terminée. Il faut donc admettre que les tumeurs du pédicule peuvent rester asymptomatiques pendant un certain temps, car c'est certainement à elles qu'il faut attribuer la persistance des cartilages épiphysaires, phénomène qui s'observe également chez les nains thyroïdiens. On s'explique ainsi d'abord que dans des cas de ce genre il soit possible qu'à un âge avancé la croissance puisse reprendre brusquement comme le fait a été signalé parfois et en outre que la taille du malade n'était pas très petite, la thyroïde chez lui étant à peu près normale.

P.-E. Morhardt.

BRUXELLES MÉDICAL

A. Langelez (Bruxelles). ***Existe-t-il une silicose des faïenciers ?*** (*Bruxelles-Médical*, t. **15**, n° 10, 6 Janvier 1935, p. 272-282). — Les diverses opérations et manipulations de la matière première et des objets en cours de fabrication exposent les ouvriers faïenciers à l'inhalation de poussières diverses plus ou moins abondantes.

Par la méthode optique, l'examen au microscope en lumière polarisée avec un objectif à immersion, on peut déceler dans les poussières d'une faïencerie, « à côté de masses amorphes d'argile, de quelques particules opaques (oxydes et hydrates de fer) et de quelques points noirs de nature charbonneuse, une grande quantité de grains de quartz et d'aiguilles de séricite, minces, cristallins, possédant un clivage de nature fibreuse suivant l'allongement ».

Le procédé de « lixiviation », employé parfois en chimie industrielle, qui consiste à déterminer la nature de certaines substances par la recherche de leur densité respective, n'est pas utilisable, les


SANÉDRINE
Ephédrine Lévogyre
AGIT PAR VOIE BUCCALE
EFFETS PERSISTANTS
TOUTES LES INDICATIONS DE L'ADRÉNALINE
TUBES DE 20 COMPRIMÉS à 0,025
ADULTES : 2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3e
DRÉVILLE

densités du quartz, de l'argile et de la séricite sont trop rapprochées.

L'analyse chimique des échantillons de poussières: dosage de la silice totale, dosage de la silice libre, se heurte à de grosses difficultés.

La seule méthode, qui puisse donner une idée de la concentration en séricite et en silice libre (quartz) des poussières fines, est l'examen au microscope en lumière polarisée.

Un élément essentiel dans le diagnostic des maladies professionnelles est l'étude approfondie des conditions de travail des victimes. En matière de silicose, il faut tenir compte avant tout du métier exercé, des poussières inhalées, de leur abondance et de leur composition. Dans certaines législations, le risque professionnel n'est admis que si les roches donnant des poussières renferment un taux déterminé de silice libre; ailleurs, on se base sur les résultats de l'analyse des poussières.

Robert Clément.

A. Langelez (Bruxelles). ***Existe-t-il une silicose des faïenciers ?*** *(suite et fin)* [*Bruxelles-Médical*, t. **15**, n° 11, 13 Janvier 1935, p. 303-314]. — 915 ouvriers et ouvrières ayant au moins 10 ans de métier dans 19 faïenceries belges ont fait l'objet d'une enquête sanitaire. 814, soit 89 pour 100, ont été reconnus « bons », 91 « médiocres » et 10 « mauvais ».

Les ouvriers de santé médiocre se répartissent à peu près également dans les diverses sections du travail. Leur pourcentage varie de 10 à 13 pour 100 pour la préparation de la pâte, la cuisson émaillage, le triage, l'expédition, etc. Il est de 9,41 p. 100 pour le façonnage et 7,84 seulement pour la décoration.

Des troubles pulmonaires, décelables à un examen clinique rapide, ont été trouvés chez 13,8 pour 100 des hommes examinés. 40 présentaient de l'emphysème et de la bronchite chronique, 16 étaient suspects de tuberculose pulmonaire, 16 atteints de tuberculose pulmonaire, 34 avaient du catarrhe bronchique.

26 ouvriers, choisis parmi ceux qui ne se plaignaient pas et n'étaient pas des malades au sens habituel du mot, mais exposés depuis de nombreuses années à l'action des poussières siliceuses, présentaient tous, à l'examen radiographique du poumon, « des troubles plus ou moins accentués, classés jusqu'ici parmi ceux que l'on attribue à l'action des poussières siliceuses ».

On peut se demander si une enquête semblable, faite chez des tailleurs ou des mécaniciens, ou simplement parmi des hommes de la rue, de même âge, donnerait des résultats analogues et si, dans la négative, il serait logique de refuser aux troubles constatés tout caractère professionnel.

Si les constatations radiologiques ne sont pas spécifiques, ne signent pas avec certitude la silicose et peuvent être rencontrées ailleurs, notamment dans la phtisie fibreuse, il est peu probable que l'on trouve chez des sujets, pris au hasard, des lésions de sclérose pulmonaire aussi importantes que chez les ouvriers travaillant depuis longtemps dans l'industrie de la faïence.

Robert Clément.

S. Jellinek (Vienne). ***Nouvelle méthode de respiration artificielle*** (*Bruxelles-Médical*, t. **15**, n° 16, 17 Février 1935, p. 431-436). — La plupart des méthodes de respiration artificielle ont plus ou moins recours à la compression thoracique. Une légère compression du thorax produit des sensations accablantes et même angoissantes chez l'homme et n'est peut-être pas sans danger. La méthode proposée est basée uniquement sur le refoulement des épaules. On met un coussin ou quelque chose d'analogue entre les deux omoplates sous le dos de l'accidenté étendu. La méthode consiste à refouler énergiquement les deux épaules vers le plan sur lequel repose la victime. Les épaules sont maintenues dans cette position pendant environ 2 secondes, puis relâchées. On répète le mouvement une quinzaine de fois par minute.

Le déplacement des épaules en arrière produit une inspiration active analogue à celle que fait un sujet lorsqu'il bombe la poitrine.

Pendant ce temps-là, la langue est maintenue en place par 2 des doigts de la victime elle-même introduits dans la bouche de manière que les phalanges des doigts appuient en légère flexion sur la langue et la plaquent sontre le plancher de la bouche.

L'examen radiographique permet de vérifier l'agrandissement des diamètres du thorax sous l'influence de la manœuvre. L'examen manométrique montre une augmentation de la pression de l'air à l'intérieur de la trachée. Des canules introduites dans l'artère et la veine crurales, réunies à un manomètre différentiel, permettent de constater, au moment du refoulement des épaules, une inspiration dans le tuyau veineux.

Cette méthode de respiration artificielle est facile à pratiquer, ne présente pas d'inconvénient et est recommandée pour les tout premiers soins sur les lieux mêmes de l'accident.

Robert Clément.

Raoul Bernard. ***La cheilite glandulaire simple ou maladie de Puente*** (*Bruxelles-Médical*, t. **15**, n° 17, 24 Février 1935, p. 458-467). — La cheilite glandulaire est « une déformation caractérisée par la présence, dans la partie postérieure de la zone du bord libre, rouge, de la lèvre inférieure, d'orifices correspondant à des conduits excréteurs de glandes salivaires hétérotopiques ».

L'affection débute au 1/3 moyen de la lèvre inférieure. Le début est insidieux, l'indolence complète, la gêne fonctionnelle nulle. A la période d'état, la lèvre n'est ni augmentée de volume, ni déformée, ni projetée en avant. A l'examen rapproché, on relève une dizaine de petites taches rouge vif ou violacé, irrégulièrement réparties sur une bande le long du bord libre de la lèvre inférieure. Au début, elles ne font pas saillie et sont souples; plus tard, apparaissent de petites élevures rondes dont la partie externe est blanche, le centre étant rouge et légèrement cratériforme. Un symptôme typique est la rosée par excrétion, les plus grands cratères peuvent même être cathétérisés.

En général, la maladie se stabilise dans la forme type sans tendance à la guérison. Parfois, l'évolution est coupée de périodes congestives, avec gêne fonctionnelle et sensation agaçante de tension. Les poussées congestives sont habituellement le signe avant-coureur d'une complication, le passage vers la cheilite apostémateuse ou syndrome de Volkman. Le pronostic doit être réservé, car certains cas ont présenté une concomitance ou une transformation cancéreuse.

L'étiologie est encore imprécise, l'influence de la race ou d'un terrain spécial n'est pas prouvée. Les influences locales: carie dentaire, stomatite ou autres lésions bucco-pharyngées semblent jouer un rôle plus important que les lésions concomitantes. La plupart des malades sont de grands fumeurs et, dans un cas, les lésions se sont développées à l'endroit précis où un joueur de flûte appuyait son instrument.

La cheilite glandulaire résiste à tous les topiques; on a proposé le curettage ou l'électro-coagulation des glandes et de leur canal et la radiothérapie.

Robert Clément.

L. Goldenberg (Buenos-Ayres). ***A propos du traitement de la maladie de Basedow et de l'hyperthyroïdisme par le fluor*** (*Bruxelles-Médical*, t. **15**, n° 19, 10 Mars 1935, p. 519-526). — Les fluorures en ingestion journalière arrêtent ou diminuent la croissance des lapins jeunes et une dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 de fluorure de sodium provoque quelques minutes après un abaissement de la température rectale du lapin qui peut atteindre plusieurs degrés et peut durer de nombreuses heures. Chez le rat blanc, l'ingestion journalière de 2 à 3 milligr. de fluorure de sodium, pendant 6 à 8 mois, provoque une hypertrophie de la glande thyroïde avec des lésions histologiques voisines de celles du goitre endémique.

Se basant sur ces expériences, G. a essayé de traiter l'hyperthyroïdie par le fluor. Très peu de malades tolèrent le fluorure de sodium en ingestion au delà de quelques jours, aussi préfèrent-ils les injections intraveineuses de 2 à 6 cmc d'une solution à 2,5 pour 100. Après une série de 30 à 40 injections quotidiennes, on suspend le traitement pendant 15 à 20 jours pour recommencer et ainsi de suite pendant 10 à 12 mois. 5 à 10 minutes après l'injection, beaucoup de malades ressentent une douleur assez intense avec sensation de crampes dans la région lombaire ou dans l'abdomen.

L'action thérapeutique se manifeste d'une manière lente et graduelle. Les symptômes nerveux sont les premiers à céder, puis le sommeil redevient normal et la tachycardie commence à disparaître. Le métabolisme basal et l'érythro-sédimentation accélérée diminuent lentement jusqu'à un retour presque complet à la normale. Le goitre diminue beaucoup de volume et peut disparaître complètement, quand il est surtout vasculaire ou congestif. L'exophtalmie peut diminuer, mais parfois elle reste invariable. 5 observations, dont la guérison se maintient depuis 6 mois à 3 ans, montrent l'efficacité de ce traitement, que G. aurait appliqué dans une cinquantaine de cas de maladie de Basedow.

Robert Clément.

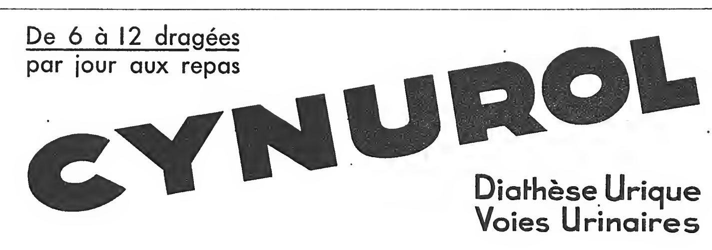
Delvaux (Bruxelles). ***L'extraction directe des calculs urétéraux*** (*Bruxelles-Médical*, t. **15**, n° 20, 17 Mars 1935, p. 551-556). — Les calculs urétéraux constituent une menace pour le rein; en cas de blocage avec ou sans suppuration, sa valeur fonctionnelle va être altérée à plus ou moins brève échéance suivant la durée du séjour et l'obstacle créé à l'excrétion.

Sur 30 cas observés dans les 10 dernières années, l'élimination spontanée s'est faite dans près de la moitié des cas. Dans 19 cas, D. est intervenu par une méthode instrumentale, 6 fois, il fallut recourir à l'intervention sanglante, 3 urétérotomies, 2 néphrectomies, 1 néphrostomie.

Chez la femme, D. propose l'extraction directe à la pince. Il utilise une pince longue d'environ 25 cm., à mors fenêtrés et dents rentrantes; elle peut être introduite dans l'uretère dès la première séance, après quelques dilatations faites soit par sonde, soit par hystéromètre à boule, introduits eux aussi à côté du cystoscope. A l'anesthésie rachidienne parfois, la pince introduite, on procède par propulsions et ouvertures successives. Dans les cas un peu difficiles, la radioscopie est d'un grand secours pour juger de l'utilité des manœuvres et de la distance du calcul. Celui-ci peut être, en effet, refoulé hors d'atteinte. En moyenne, il ne faudrait pas plus de 1 à 3 séances pour obtenir l'extraction directe. Dans certains cas, il vaut mieux ne pas insister, laisser le malade évacuer son calcul spontanément. L'homme se prête moins volontiers aux tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Tous les calculs de l'uretère, déterminant des crises répétées, plus ou moins espacées, sans tendances à l'évacuation ou avec déformations urétérales ou entretien d'une infection, relèvent de cette méthode. Le volume limite pour l'extraction est discutable, le plus gros spécimen retiré a 15 mm. de diamètre. Les contre-indications sont l'état général trop mauvais, la sténose cicatricielle de l'uretère, la déficience fonctionnelle rénale trop avancée. La cystite, les poussées aiguës d'infection pyélo-urétérale sont des contre-indications relatives ou temporaires.

Robert Clément.



Laboratoires ROSA, 1, place Porte Champerret, PARIS (XVIIIe)

VACCINS BACTÉRIENS I. O. D.

Stérilisés et rendus atoxiques par l'Iode — Procédé RANQUE & SENEZ

VACCINS

STAPHYLOCOCCIQUE
STREPTOCOCCIQUE
COLIBACILLAIRE
GONOCOCCIQUE
POLYVALENT I
POLYVALENT II
POLYVALENT III
POLYVALENT IV
MÉLITOCOCCIQUE
OZÉNEUX
POLYVACCIN
PANSEMENT I. O. D.

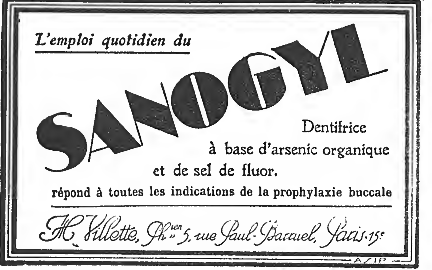
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE

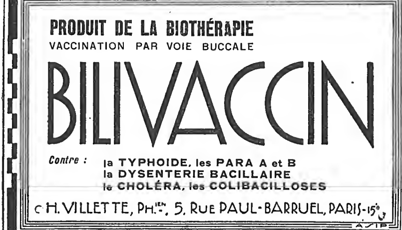
MARSEILLE. — 16, Rue Dragon.
LYON .. .. — 14, Rue Barême.
TOULOUSE. — 8, Rue Déville.
RENNES. .. — 14, Rue des Fossés.

ANALYSES MÉDICALES
RÉACTIFS BIOLOGIQUES
MILIEUX DE CULTURE

VAC. COQUELUCHEUX
PNEUMOCOCCIQUE
PNEUMO-STREPTO
ENTEROCOCCIQUE
ENTERO-COLIBACIL.
TYPHOÏDIQUE
PARA TYPHOÏDIQUE A
PARA TYPHOÏDIQUE B
TYPHOÏDIQUE T. A. B.
DYSENTÉRIQUE
CHOLÉRIQUE
PESTEUX
I. O. D.

PARIS, 40, Rue Faubourg Poissonnière — MARSEILLE, 16, Rue Dragon — BRUXELLES, 19, Rue des Cultivateurs





ANNALS OF SURGERY
(Philadelphie)

A. Ochsner et **N. Owens.** ***Œsophagoplastie antéthoracique pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage*** (*Annals of Surgery*, t. **100**, n° 6, Décembre 1934, p. 1055-1091). — Ce travail, très documenté, analyse 240 cas d'œsophagoplastie antéthoraciques publiés jusqu'à ce jour. Dans l'ensemble il y a une mortalité de 32,6 pour 100 et 67,3 pour 100 de guérisons opératoires. Dans 46,2 pour 100 des cas l'opération resta incomplète.

Les divers procédés employés furent :

1° *La dermato-œsophagoplastie* (c'est-à-dire l'union de l'œsophage cervical à l'estomac à l'aide d'un tube cutané seulement) dans 32 cas. La mortalité a été de 30 pour 100. Les résultats furent bons dans 73,6 pour 100 des cas complètement opérés.

2° *La jéjuno-œsophagoplastie*, où l'union de l'œsophage cervical à l'estomac est faite exclusivement par une anse jéjunale. Elle a été pratiquée 36 fois avec une mortalité de 46,6 pour 100. Les résultats furent bons dans 92,3 pour 100 des cas complets.

3° *La jéjuno-dermato-œsophagoplastie* est la combinaison des deux procédés précédents, le tube anastomotique étant fourni dans sa moitié supérieure par la peau, dans l'inférieure par le jéjunum. C'est l'opération la plus pratiquée : 100 cas ; et c'est l'une des deux moins meurtrières : mortalité de 22,7 pour 100. Les résultats furent bons dans 97,8 pour 100 des cas complets.

4° *La colo-œsophagoplastie*, utilisant le côlon ascendant ou transverse, fut faite dans 20 cas ; la mortalité fut seulement de 22,2 pour 100. Les résultats sont bons dans 90 pour 100 des cas complets.

5° *La salpingo-gastro-œsophagoplastie* utilise pour l'anastomose un tube formé aux dépens de la paroi gastrique. Elle a été faite 24 fois avec une mortalité de 27,7 pour 100. L'opération ne put être complète que 2 fois et le résultat y fut bon dans les 2 cas.

6° *La gastro-œsophagoplastie* se sert de l'estomac entier pour l'anastomose. Elle a été faite 22 fois. La mortalité y est considérable : 66,6 pour 100. Dix cas furent complets, avec 60 pour 100 de bons résultats.

Les auteurs ajoutent la relation d'un cas personnel. Rétrécissement cicatriciel chez un enfant de 4 ans. La dilatation reste insuffisante. Gastrostomie. Œsophagoplastie faite en 6 temps opératoires de 10 à 11 ans par le procédé de la jéjuno-dermato-œsophagoplastie. Le dixième temps est récent, mais le résultat semble devoir être bons.

M. Guimbellot.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

Mc K. Craig et **G. E. Brown.** ***Résection uni et bilatérale du grand et du petit splanchniques ; ses effets sur l'hypertension essentielle*** (*Archives of internal Medicine*, t. **54**, n° 4, Octobre 1934, p. 577-596). — Pour McC. et B. l'hypertension essentielle reconnaît avant tout une origine nerveuse centrale. Considérant l'importance des splanchniques dans la régulation de la pression artérielle, Danielopolu, puis Pende, pour combattre l'hypertension, ont proposé leur résection qui a été exécutée par Pieri, Durante, etc.

Mc C. et B. ont eu recours à la résection uni ou bilatérale, associée ou non à l'ablation du premier ganglion lombaire, chez 5 malades atteints d'hypertension essentielle.

Une sélection sévère des cas à opérer doit être faite. Il faut évaluer la part du facteur spasmodique et du facteur organique dans l'hypertension. Le premier se juge aux fluctuations anormales de la pression (lecture faite toutes les heures pendant 24 heures, épreuve de l'application locale du froid) ; le second se révèle par le niveau de la pression au repos, l'aspect des artérioles de la rétine et la structure des artères des muscles prélevés par biopsie. Il est évident que la résection ne peut guère modifier que l'élément vaso-moteur ; elle s'adresse donc aux cas où le facteur vaso-moteur spasmodique domine.

On mesure la pression et la réaction au froid sous rachianesthésie pour se renseigner sur la hauteur que doit atteindre l'anesthésie pour diminuer ou abolir les réactions hypertensives et on peut prévoir ainsi les résultats probables de la résection. Avant de la décider, il faut tenir compte également de l'âge du patient et du fonctionnement cardiaque et rénal. Elle doit être réservée aux sujets de moins de 45 ans, se trouvant à une période précoce d'une forme progressive grave d'hypertension et indemnes de lésions organiques avancées des artères et du rein.

Chez le premier malade, encore jeune et atteint d'hypertension maligne progressive, la résection des splanchniques gauches détermina un abaissement du niveau de la pression et une diminution de son instabilité ainsi que la disparition de la céphalée, mais une infection survenue quelques mois après aggrava l'hypertension et les symptômes rénaux. On réséqua alors les splanchniques droits, mais le bénéfice fut presque nul et la mort survint par insuffisance rénale.

Chez le second malade, on réséqua les splanchniques gauches avec de meilleurs résultats : diminution persistante des réponses hypertensives au froid et du niveau moyen de la pression, atténuation nette des variations horaires de la pression.

Chez le troisième malade, à la suite de la résection des splanchniques droits, le seul effet observé fut une tendance à la stabilisation de la pression, mais les niveaux moyens s'élevèrent. Là encore, une infection intercurrente, qui lésa le rein, sembla jouer un rôle néfaste sur la pression.

Dans le quatrième cas, la résection des splanchniques gauches ne modifia pas les niveaux moyens de la pression.

Chez le cinquième malade, atteint d'une hypertension débutante avec des réactions hypertensives exagérées et une instabilité considérable, la résection bilatérale fut suivie d'une diminution modérée dans les réponses hypertensives.

L'opération elle-même, qui fut pratiquée par voie postérieure sous-diaphragmatique, ne comporte guère de risques et aucun effet fâcheux ne fut observé.

P.-L. Marie.

G. L. Waldbott. ***L'allergie mortelle. Le syndrome du choc allergique prolongé*** (*Archives of internal Medicine*, t. **54**, n° 4, Octobre 1934, p. 597-605). — La mort résultant de l'allergie à l'égard de substances antigéniques est exceptionnelle chez l'homme, exception faite pour les injections de sérum et de pollens. Récemment, on a attribué certaines morts subites, la mort par bain froid entre autres, à une allergie physique et W. a pensé que la « mort thymique » est aussi d'origine allergique.

Il décrit ici le syndrome du choc allergique prolongé, caractérisé par un début subit accompagné d'éternuements, de dyspnée, de malaise général et de signes physiques, d'œdème pulmonaire, auxquels succède au bout de plusieurs heures une bronchopneumonie sournoise.

Ce syndrome est bien connu dans le choc anaphylactique expérimental. Chez l'homme, W. l'a rencontré 3 fois à la suite de l'injection d'une dose excessive d'antigène chez des sujets hypersensibles (enfant asthmatique soumis à une injection désensibilisante d'extrait de graines de cotonnier, jeune fille sensible aux émanations du cheval et atteinte de rhume des foins, ayant subi une intradermoréaction avec du crin de cheval, enfin fillette de souche asthmatique traitée pour iridocyclite par une injection intraveineuse de vaccin typhique avec issue mortelle), 2 fois chez des asthmatiques présentant de violents accès après avoir été au contact d'antigènes, accès accompagnés d'œdème pulmonaire ne reconnaissant pas une origine cardiaque ou rénale, enfin chez 10 enfants sur les 39 ayant succombé avec le tableau de la « mort thymique » ; W. relate l'observation de deux de ces cas où la sensibilisation vis-à-vis des aliments (orange, lait) semble avoir provoqué la mort. A l'autopsie, on put constater des lésions hémorragiques et œdémateuses au pourtour desquelles existaient des processus infectieux rappelant la bronchopneumonie.

P.-L. Marie.

C. A. McKinley, T. J. Kinsella et **R. B. Radl.** ***Hypertension essentielle aiguë déclenchée par un abcès du médiastin*** (*Archives of internal Medicine*, t. **54**, n° 4, Octobre 1934, p. 645-655). — Chez un jeune sportif de 21 ans, atteint de fracture du sternum, suivie de pneumonie, de médiastinite et d'abcès du médiastin antérieur, M., K. et R., en même temps que l'abcès venait faire saillie à gauche du sternum à travers le trait de fracture, ont vu se développer une hypertension aiguë (mx : 20 ; mn : 9), alors que la pression était normale auparavant, en l'absence de toute atteinte rénale. On notait en outre de la tachycardie et de l'hypothermie, indiquant un trouble profond du mécanisme régulateur vaso-moteur. La pression ne revint au niveau normal que 75 jours après.

M., K. et R. discutent la pathogénie de ce cas, unique jusqu'ici. Se fondant sur des considérations physiologiques et sur les rapports anatomiques, ils estiment que la médiastinite et l'abcès ont intéressé les nerfs dépresseurs, produisant l'effet d'une résection totale. Il semble qu'il faille incriminer ici une cause mécanique, bien que, dans les cas de néoplasmes du médiastin publiés jusqu'ici, donnant lieu à des signes de compression, on n'ait pas noté l'apparition de l'hypertension, sauf dans le cas de Villaret où un lymphosarcome de la partie supérieure du médiastin avait provoqué des crises d'hypertension et de dyspnée paroxystique relevant d'un envahissement du pneumogastrique droit.

P.-L. Marie.

E. H. Place et **L. E. Sutton.** ***L'érythème arthritique épidémique (fièvre de Haverhill)*** [*Archives of internal Medicine*, t. **54**, n° 5, Novembre 1934, p. 659-685]. — P. et S. décrivent une maladie épidémique qui serait une entité clinique nouvelle et qu'ils ont appelée érythème arthritique épidémique ou fièvre de Haverhill. Elle est caractérisée par un début subit, souvent marqué par un grand frisson, une éruption morbilliforme ou rubéoliforme, souvent discrète, prédominant aux membres, ayant une tendance hémorragique au niveau des éléments, et des arthropathies douloureuses, souvent persistantes, pouvant durer jusqu'à 5 mois. Ce tableau ressemble à celui de l'érythème polymorphe septicémique aigu décrit par Levaditi, Nicolau et Poincloux et dû au *Streptobacillus moniliformis*.

Cette affection s'est manifestée en Janvier 1926 sous forme d'une épidémie localisée à Haverhill, causée par la consommation de lait cru. Bien qu'il puisse y avoir une impotence accusée assez durable, la maladie est assez bénigne et tend vers la guérison ; sur les 86 cas observés, il n'y eut pas de décès.

P. et S. ont isolé du sang dans 11 cas sur 17 un microorganisme qu'ils appellent *Haverhillia multiformis*, non décrit jusqu'ici, appartenant à la famille des mycobactéries, agglutiné par le sérum des malades et ayant donné une cuti-réaction positive dans 83 pour 100 des cas pendant la convalescence. Ce germe fut retrouvé dans l'exsudat articulaire chez les deux malades dont on put prélever

l'épanchement. Il ressemble au *Streptobacillus moniliformis* de Levaditi.

P.-L. Marie.

P. Hallock. ***L'élasticité artérielle chez l'homme suivant l'âge évaluée au moyen de la vitesse de l'onde pulsatoire*** (*Archives of internal Medicine*, t. **54**, n° 5, Novembre 1934, p. 770-798). — Après avoir passé en revue les facteurs qui modifient l'élasticité artérielle et énoncé les considérations théoriques qui rendent possible l'évaluation de cette élasticité au moyen de la vitesse de l'onde du pouls, H. décrit une méthode d'enregistrement optique permettant de mesurer le temps de transmission de l'onde pulsatoire à travers l'aorte et les vaisseaux iliaques ou à travers le segment carotido-radial.

Il a constaté que la vitesse de l'onde pulsatoire traduisant la rigidité artérielle augmente avec l'âge, passant pour la vitesse aortique de 4 m. 10 par seconde dans la seconde enfance à 5 m. 20 à 22 ans et à 10 m. 50 à 65 ans, tandis que la vitesse radiale passe de 5 m. 10 à 6 m. 30 et à 9 m. 60 pour les âges correspondants.

La vitesse de l'onde pulsatoire est plus élevée chez l'homme que chez la femme, sauf pour la période comprise entre 10 et 20 ans où elle est un peu supérieure chez la femme, ce que H. attribue à ce que l'âge physiologique de cette dernière est en avance sur celui de l'homme pendant cette décade.

La vitesse de l'onde pulsatoire radiale est plus grande que celle de l'onde aortique jusqu'à ce que l'âge de 65 ans ait été atteint, ce qui indique que le temps de transmission est plus rapide à travers les vaisseaux de moyen calibre qu'à travers les gros vaisseaux.

La répartition des chiffres individuels autour de la valeur moyenne de la vitesse de l'onde aortique est essentiellement la même de 5 à 40 ans; à partir de cet âge, la variabilité de la distribution des chiffres individuels s'accroît de façon rapide et significative. Il en est de même pour l'onde radiale, mais à partir de 50 ans seulement, ce qui fait penser à l'intervention de modifications pathologiques au niveau des vaisseaux, survenant plus précocement en ce qui concerne l'aorte et tendant à accroître la rigidité du tractus aortico-iliaque.

H. discute ensuite la valeur des différences de vitesse de l'onde pulsatoire selon l'âge et le sexe, et suivant le segment artériel considéré.

La corrélation trouvée dans cette étude et dans celles d'autres auteurs entre la pression diastolique et les vitesses de la pulsation radiale et aortique ne peut être tenue pour justifiée tant que de nouvelles recherches, éliminant le facteur âge, n'auront pas été faites.

P.-L. Marie.

A. W. Blair. ***Arachnidisme. Etude expérimentale des effets de la morsure de l'araignée « Latrodectus mactans » chez l'homme. Histoire naturelle de cette araignée*** (*Archives of internal Medicine*, t. **54**, n° 6, Décembre 1934, p. 831-851). — B. a étudié sur lui-même les effets de la morsure de *Latrodectus mactans* et il a pu constater la haute toxicité de son venin pour l'homme. On sait que Bordas a mis en doute les accidents produits par *Latrodectus tredecimguttatus* qui est en France l'homologue de l'araignée américaine, à la suite des expériences négatives faites sur lui-même.

Cliniquement, on peut distinguer nettement trois stades dans l'intoxication: un premier d'absorption par les lymphatiques, se traduisant par une douleur ascendante le long des lymphatiques et par l'absence de signes généraux; un second, stade de dissémination vasculaire, caractérisé par des douleurs très violentes, à début brusque, dans les masses musculaires et des phénomènes dramatiques de shock avec état très critique; un troisième, stade d'élimination, marqué par la disparition rapide du shock, une légère hypertension, des sueurs profuses, une poussée modérée de température, de la polynucléose, des signes urinaires de néphrite toxique allant de pair avec un peu de céphalée et d'œdème, enfin par la disparition progressive de la douleur. Cet ensemble, très caractéristique, constitue une véritable entité clinique. Il a été si pénible que B. n'a pas voulu répéter sa tentative pour étudier l'immunité éventuelle produite par une première morsure.

Comme traitement, B. préconise l'incision précoce en croix au niveau de la morsure, des bains très chauds, les stimulants, la morphine avec précaution.

Le genre *Latrodectus* est répandu dans la partie méridionale des Etats-Unis, aux Antilles, dans le bassin méditerranéen, en Australie. Dans toutes ces contrées, la morsure de ces araignées est très redoutée et plusieurs cas mortels ont été enregistrés. B. donne des précisions sur l'anatomie de *Latrodectus mactans*, son habitat, sa toile, ses habitudes alimentaires, ses mœurs, son développement et ses œufs.

P.-L. Marie.

R. R. Grinker et **E. Kandel.** ***Résultats du traitement des complications nerveuses de l'anémie pernicieuse*** (*Archives of internal Medicine*, t. **54**, n° 6, Décembre 1934, p. 851-871). — Plusieurs auteurs ont attribué à l'hépatothérapie une valeur préventive et curative à l'égard des complications nerveuses de l'anémie pernicieuse tandis que d'autres lui déniaient tout effet. Si l'on étudie les faits publiés, on est frappé de l'absence presque complète d'examens neurologiques répétés des patients. Aussi G. et K. ont-ils étudié et suivi de près et longtemps de nombreux malades atteints de dégénérescence combinée de la moelle et d'autres indemnes de complications nerveuses. Voici les conclusions auxquelles ils arrivent grâce à cette étude méthodique:

L'hépatothérapie est dépourvue de toute action préventive ou curative vis-à-vis de la dégénérescence du système nerveux central compliquant l'anémie pernicieuse.

Le traitement améliore la résistance générale du patient atteint de dégénérescence combinée de la moelle en accroissant le chiffre des globules rouges en circulation ou par un effet direct encore obscur. Il faut souligner que la faiblesse générale peut simuler de très près les aspects cliniques causés par les lésions médullaires.

L'hépatothérapie guérit les symptômes psychiques de l'anémie pernicieuse qui sont habituellement produits par l'anémie.

Les complications nerveuses périphériques de cette affection (dysesthésie, atrophie cutanée, peut-être autres anomalies sensorielles dissociées) sont améliorées par la régression de l'anémie. Ces complications sont bien plus fréquentes qu'on le pense généralement.

La majorité des cas de dégénérescence combinée de la moelle se développent rapidement au début, puis progressent lentement, quel que soit le traitement mis en œuvre. La lente progression des symptômes peut être prise à tort pour une amélioration.

Il n'est pas rare que la dégénérescence combinée de la moelle se développe avant l'anémie; elle peut être diagnostiquée grâce aux caractères spéciaux du syndrome neurologique, à l'anachlorhydrie, à la glossite spéciale et à la formule hématologique.

L'hépatothérapie doit être contrôlée par des examens hématologiques répétés au cours du traitement; en effet, toute quantité de foie, dépassant celle qui est nécessaire pour maintenir un chiffre normal de globules rouges, est donnée en pure perte.

P.-L. Marie.

J. Brem et **H. F. Wechsler.** ***Myasthénie d'Erb-Goldflam associée à des thymomes*** (*Archives of internal Medicine*, t. **54**, n° 6, Décembre 1934, p. 901-915). — B. et W. rapportent l'histoire anatomo-clinique de 2 cas de myasthénie d'Erb-Goldflam dans lesquels des thymomes furent trouvés à l'autopsie.

Ils insistent sur diverses particularités cliniques: la présence d'une ombre sur les radiogrammes de la région du thymus, la diminution de la créatinine dans l'urine des 24 heures déjà signalée dans cette maladie, l'abaissement de la tolérance pour le sucre, l'existence de la réaction myasthénique de Jolly et la présence de lymphorragies dans les biopsies de muscle strié.

Anatomiquement, on rencontra chez la première malade un gros thymus et, appendue à son pôle inférieur, une masse encapsulée de 4 cm. sur 2 cm. 5, constituée par des rangées de cellules polyédriques, situées dans un stroma fibreux et vasculaire peu abondant. Chez le second malade, la région thymique était occupée par une masse cylindrique dense, mesurant 9 cm. sur 3 cm., ayant une structure identique. Cette association d'anomalies du thymus à la myasthénie n'est pas une pure coïncidence; elle a été déjà signalée souvent. D'autre part, il existait, dans ces cas, comme dans d'autres déjà publiés, des lésions dégénératives du cortex surrénal. Aussi, rapprochant ces faits des autres données qui montrent l'existence de rapports réciproques entre la corticale surrénale et le thymus, B. et W. pensent-ils que la cause première de la myasthénie réside dans les troubles subis par une hormone cortico-surrénale autre que celle qui est en jeu dans la maladie d'Addison; ainsi s'expliquerait également la présence de thymomes dans la myasthénie.

Dans ces cas, il existait des lymphorragies dans le muscle cardiaque, alors qu'on les regarde généralement comme propres aux muscles de la vie de relation. A noter aussi l'atrophie de ces derniers muscles qui est rarement signalée.

B. et W. esquissent le traitement de la myasthénie: radiothérapie du thymus, extraits cortico-surrénaux, strychnine à grosses doses, glycocolle qui agit sur le métabolisme de la cellule musculaire.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

J.-M. Flynn. ***Le changement dans les causes de décès chez les diabétiques*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 2, Février 1935, p. 157-162). — F. a étudié les décès par diabète observés à l'hôpital Peter Bent Brigham de Boston, de 1923 à 1933. Une étude semblable avait été faite par Fitz et Murphy pour la période antérieure, époque où l'on ne connaissait pas l'insuline.

Dans ces deux enquêtes, on relève quatre causes communes de décès: le coma, l'infection, la tuberculose et les affections vasculaires, y compris la gangrène et la néphrite chronique.

Depuis l'introduction de l'insuline, le coma et l'infection ont diminué de fréquence tandis que les affections vasculaires ont progressé, les complications peu communes demeurant stationnaires.

Le taux de mortalité du diabète, pendant la décade 1923-1933, est tombé à 7 pour 100, alors qu'il était de 9 pour 100 avant l'insulinothérapie. Le coma et l'infection tendent actuellement à disparaître comme causes de décès chez les diabétiques. Par contre, la nouvelle thérapeutique semble n'avoir eu aucune influence sur le type d'affections cardio-vasculaires rencontrées chez ces malades.

P.-L. Marie.

H. E. Mac Mahon et **J. H. Pratt.** ***La néphrosclérose maligne (hypertension maligne)*** [*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 2, Février 1935, p. 221-235]. — M. et P. passent successivement en revue les signes cliniques de la

sclérose rénale maligne, dominés par l'hypertension progressivement croissante, et les constatations anatomiques, caractérisées surtout par les lésions histologiques des artères musculaires de moyen calibre et les artérioles, celles-ci principalement accusées au niveau du rein. Toutes les transitions existent d'ailleurs entre cette affection et la sclérose rénale bénigne.

S'appuyant sur les données anatomo-cliniques, ils estiment que la sclérose rénale maligne ne doit pas être considérée simplement comme la progression d'une sclérose rénale bénigne, mais comme une maladie distincte. Elle peut se présenter isolément ou être la complication terminale d'une sclérose rénale bénigne. Dans les stades très précoces, quand il n'existe que des symptômes cardio-vasculaires, il peut être impossible de dire si l'on a affaire à un cas de sclérose bénigne ou maligne au début, et aussi de prévoir vers laquelle de ces affections évoluera finalement l'état morbide. Avec les progrès du mal, l'élément rénal devient de plus en plus évident, et, à la dernière période, il peut être impossible de distinguer la sclérose maligne de la glomérulo-néphrite chronique.

Il est probable que l'étiologie de la sclérose maligne et de la sclérose bénigne ont bien des points communs, car l'on observe des cas de saturnisme chronique, de toxémie gravidique et d'adénomes basophiles de l'hypophyse qui s'accompagnent de la forme bénigne ou de la forme maligne, celle-ci beaucoup plus rare, de la sclérose rénale.

L'évolution et le pronostic dépendent non seulement de la nature et de l'intensité du facteur causal, mais aussi de la façon dont réagit la paroi vasculaire. Quand cette réaction est simplement de nature dégénérative, la maladie progresse lentement, le pronostic est bon et on classe ces cas dans la sclérose rénale bénigne; quand la réaction vasculaire se caractérise par des lésions inflammatoires de l'intima, des nécroses et des hémorragies, l'évolution est plus rapide, le pronostic mauvais, et de tels cas se classent parmi la sclérose rénale maligne.

P.-L. Marie.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

J. C. J. Burkens et **G. A. Lindeboom.** ***Atélectasie dans les tumeurs du poumon*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **79**, n° 10, 9 Mars 1935, p. 968-979). — En cas de tumeur maligne du poumon, l'interprétation des radiographies est rendue difficile par l'existence concomitante d'atélectasie. B. et L. rappellent à ce propos, qu'en cas de compression d'une bronche, l'air stagnant se résorbe et la zone intéressée collabe au point de ne plus avoir que le tiers du volume original. De ce fait, la pression intrapleurale devient fortement négative et les organes médiastinaux se trouvent attirés vers le côté malade. Ces phénomènes sont rendus encore plus apparents par l'inspiration forcée.

On constate, de plus, du côté malade, que le diaphragme remonte plus haut et que les espaces intercostaux sont plus étroits que du côté sain. Il y a de la matité et le murmure vésiculaire disparaît plus ou moins complètement. L'ombre donnée par la région atélectasique est semblable à celle du cœur. Le plus souvent, c'est le lobe inférieur qui est le siège du collapsus et qui donne alors une ombre triangulaire dont un côté est attenant au médiastin et l'autre au diaphragme.

En cas d'atélectasie massive de tout un poumon, l'examen physique du malade montre que tout un côté de la cage thoracique est mat avec diminution ou suppression du murmure respiratoire et la radiographie donne une ombre homogène. En pareil cas, on peut songer d'abord au fait que cette ombre est due à la tumeur elle-même. Mais il n'en est jamais ainsi. On peut également songer à une infiltration épituberculeuse ou à la splénopneumonie de Grancher. Mais l'expérience enseigne qu'un poumon, siège de cancer, ne donne lieu jamais, en cas de pnemonie, à une ombre homogène. On doit donc songer soit à la présence de liquide dans la cavité pleurale, soit à un collapsus complet du poumon.

Il est ainsi donné plusieurs observations, notamment celle d'un collapsus du lobe supérieur droit s'étendant progressivement à tout le poumon correspondant, d'un collapsus massif du poumon accompagné plus tard d'épanchement intrapleural, de collapsus massif avec déplacement du médiastin au cours de l'inspiration, etc.

Dans d'autres cas, l'atélectasie n'intéresse qu'un lobe. L'image radiographique donne alors lieu à des difficultés diagnostiques encore plus grandes. On observe souvent une ombre basale, paravertébrale triangulaire, pouvant évoquer diverses possibilités: atélectasie d'un lobe; processus pleuro-pulmonaire avec collapsus d'un lobe comprimé par une coque fibreuse de la plèvre; infiltration d'un lobe et notamment du *lobus cardiacus* du fait d'une pneumonie ou d'une tumeur; une pleurite médiastinale; un soulèvement du diaphragme et enfin, selon Jacobeus, un épanchement pleural consécutif à une atélectasie du lobe inférieur.

Les auteurs signalent encore l'observation d'un carcinome bronchique avec pneumonie secondaire suivie d'une rétraction sous l'influence d'un processus pleuro-pulmonaire donnant lieu à un épaississement pleural; d'un cas de cancer des bronches du lobe inférieur ayant déterminé une rétraction avec adhérences pleurales.

En somme, une tumeur donne tôt ou tard lieu à de l'atélectasie de la région intéressée, phénomène qui s'accompagne assez rapidement d'un épanchement pleural, car on retrouve presque toujours du liquide à l'autopsie. En outre, dans le poumon lui-même, on constate l'apparition de bronchectasie, de processus pneumonique chronique, de gangrène.

P.-E. Morhardt.

ORVOSI HETILAP (Budapest)

V. Zimanyi. ***Sur le rôle immuno-biologique probable de la tonsillectomie dans les troubles cardiaques*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 9, 2 Mars 1935, p. 238-239). — On sait qu'après une tonsillite, les amygdales continuent à constituer un foyer d'où peuvent partir de nouvelles invasions de l'organisme par des toxines ou des germes nocifs; aussi on ne peut affirmer ni le rétablissement du malade, ni la guérison d'une endocardite d'origine amygdalienne, tant qu'on n'a pas extirpé le foyer. Cette intervention, cependant, peut être la cause d'une nouvelle poussée des lésions cardiaques qui viennent à peine de se refroidir. Le problème se pose donc de savoir s'il faut opérer et à quel moment ou doit opérer, aussi Z. a jugé utile d'étudier d'une façon précise ce phénomène immuno-biologique qui se pose pour les tonsillites. Z. pense que chez les sujets atteints d'un trouble cardiaque, il y a lieu d'apporter une attention toute particulière à la fonction protectrice de l'organisme au cours de la tonsillectomie: certains opérés, en effet, ont présenté une complication post-opératoire, alors que l'examen clinique le plus attentif, pratiqué avant l'opération, n'avait montré aucun symptôme morbide et que, cliniquement, ils présentaient les mêmes symptômes que les autres opérés.

La base de la méthode de M. Z. repose sur les travaux de Platanov appliqués par Gangl et de Batting pour les recherches semblables à celle de l'auteur. Cette méthode consiste à mesurer la valeur de l'action phagocytaire du sang. Après avoir indiqué que les résultats de son travail s'accordent en partie avec ceux de Gangl et de Batting, voici comment Z. les résume:

Il est nécessaire, chez les sujets atteints d'une endocardite ou d'une arthrite dont l'origine est une tonsillite, de préciser la faculté bactéricide du sang avant l'extirpation des amygdales. Si la valeur de cette propriété du sang n'atteint pas une certaine mesure, la tonsillectomie est contre-indiquée. La précision systématique, qu'on obtient par cette simple méthode, sur la valeur bactéricide du sang, sert quelquefois à découvrir d'autres faiblesses latentes éventuelles, ce qui nous permet d'éviter les complications ultérieures.

A. Blazso.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] (Rome)

Puddu (Rome). ***Un cas de sclérodermie avec calcifications, opéré de parathyroïdectomie*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], an. **51**, n° 46, 19 Novembre 1934, p. 1801-1807). — Une femme de 44 ans présente, depuis plusieurs années, des accidents vasomoteurs des extrémités à type de maladie de Raynaud; en outre, des accidents articulaires des grandes et petites articulations, des troubles trophiques de la peau du visage et des mains font porter le diagnostic de sclérodermie.

La radio montre des calcifications irrégulières à la racine du mésentère et aux deux bases pleurales. L'artère poplitée est nettement calcifiée.

On fit l'ablation d'un nodule parathyroïdien situé auprès du lobe droit du corps thyroïde: cette opération fut suivie d'une amélioration nette et rapide de la coloration de la face et bien plus tard d'une amélioration faible de la mobilité des deux genoux et des mains. Quant aux nodules calcifiés et aux déformations articulaires, ils ne subirent aucun changement.

La calcémie, après un abaissement notable immédiatement après l'acte opératoire, a repris lentement sa valeur initiale, d'ailleurs normale.

L'examen histologique du nodule parathyroïdien le montre normal.

Olivieri.

LA PEDIATRIA (Naples)

C. Bettinardi (Sienne). ***La rœntgenthérapie des néphrites*** (*La Pediatria*, vol. **43**, n° 2, 1er Février 1935, p. 121-153). — Stephan a été le premier en 1920 à employer les rayons X dans le traitement des néphrites. B. dans une première partie du présent travail, *partie expérimentale*, expose l'influence des rayons X sur les reins.

Il a soumis des rats à des irradiations proportionnellement supérieures à celles utilisées chez l'homme, mais sans atteindre la dose érythémateuse. Les irradiations portaient sur un segment limité du corps, segment dorso-lombaire; d'une façon générale les doses diverses utilisées n'ont eu aucun retentissement fâcheux sur l'état général des animaux ni sur la structure anatomo-histologique des reins.

La dose érythémateuse, appliquée en une irradiation unique massive, par contre, a provoqué des altérations anatomiques de l'épithélium des tubes rénaux; mais B. fait observer que les animaux soumis aux expériences étaient d'un poids très minime (80 et 150 gr.) et que leur sensibilité aux rayons devait se trouver accrue par le fait qu'ils étaient en pleine croissance. Cette sensibilité peut d'ailleurs être variable d'une espèce animale à l'autre.

B. a traité par cette méthode de radiothérapie dorso-lombaire 13 cas de néphrite aiguë, subaiguë et chronique.

Dans 8 cas de glomérulo-néphrite aiguë et diffuse

avec hématurie et oligurie notable, un traitement précoce au moyen de 2, 3 ou 4 applications faites tous les jours ou tous les deux jours a amené une amélioration rapide. Dans 4 cas de néphrite diffuse subaiguë, avec hématurie et oligurie, traités plus tardivement, après le 50[e] jour de la maladie, l'amélioration obtenue n'a été que passagère. Cette radiothérapie est restée sans effet dans un cas unique de néphrite chronique traitée ainsi en pleine attaque d'urémie grave.

B. conclut de ses recherches aux effets favorables de la radiothérapie dorso-lombaire sur la diurèse, sur l'hématurie, sur l'albuminurie, sur l'état général et sur l'évolution de la maladie qui se trouve écourtée.

G. Schreiber.

Vitaliano Sacco (Naples). ***Sur la valeur anergisante de la varicelle*** (*La Pediatria*, vol. **43**, n° 2, 1[er] Février 1935, p. 177-184). — On a pu constater qu'à la suite d'une varicelle, certains enfants atteints d'une affection tuberculeuse latente présentaient une modification de leur cuti-réaction à la tuberculine, qui après avoir été positive devenait moins nette ou même entièrement négative.

Pour vérifier l'action possible de la varicelle sur la tuberculose, S. a entrepris des recherches sur 30 enfants dont 15 étaient infectés par le bacille de Koch et 15 étaient indemnes.

Chez ces derniers la cuti-réaction de Pirquet et l'intradermo-réaction de Mantoux sont toujours demeurées négatives et les examens cliniques et radiologiques répétés n'ont jamais permis de déceler quoi que ce soit de suspect au point de vue tuberculose après l'atteinte varicelleuse.

Chez les 15 autres enfants, tuberculeux latents ou avérés, S. a pu noter 7 fois une diminution du pouvoir allergique cutané. Sur ces 7 cas, 6 se rapportaient à des infections latentes et 1 à une atteinte manifeste. Toutefois même dans ces cas l'intradermo-réaction de Mantoux est toujours demeurée franchement positive, et les enfants continuaient à présenter des élévations nettes de température à la suite des injections.

S. conclut de ses recherches à l'absence de toute influence de la varicelle sur l'évolution de la tuberculose.

G. Schreiber.

NOWINY LEKARSKIE
(Varsovie)

M[lle] **H. Schuster.** ***A propos des diverticules du péricarde*** (*Nowiny Lekarskie*, t. **46**, n° 23, 1[er] Décembre 1935, p. 723-730). — S. rapporte le compte rendu de l'autopsie d'une femme âgée de 68 ans et morte à la suite d'insuffisance du myocarde qui s'est développée sur un terrain préparé par l'artério-sclérose généralisée avec dilatation et insuffisance aortique. Le sac péricardique de cette femme présentait une anomalie importante. A la hauteur de l'oreillette droite, se trouvait un diverticule particulièrement volumineux. La possibilité de l'existence de ce diverticule a été envisagée lors d'une radiographie faite trois ans auparavant à propos d'une ombre animée de pulsations visible à droite du bord de l'oreillette droite. Le diagnostic de *pericarditis saccata* avait été discuté parallèlement avec celui d'un anévrysme de l'aorte ou de l'oreillette droite. A l'examen histologique, le diverticule présentait la structure du péricarde normal. Il s'agissait donc, dans le cas particulier, d'un diverticule congénital sans adhérences avec les organes avoisinants et sans lésions inflammatoires de la paroi du sac ou de la région avoisinante. Le diverticule attirait l'attention par ses dimensions étendues et s'était creusé une loge dans le parenchyme pulmonaire refoulé. Cependant, cliniquement, sa présence ne se traduisait par aucun signe extérieur et son existence était restée inaperçue malgré l'avertissement radiologique antérieur.

Fribourg-Blanc.

CLUJUL MÉDICAL
(Cluj)

C. Crisan. ***Recherches sur le gigantisme expérimental de la grenouille*** (*Clujul medical*, t. **15**, n° 12, 1[er] Décembre 1934, p. 672-675). — C. a administré par la voie orale, chez les têtards, du lobe antérieur d'hypophyse. Il a obtenu une accélération de la métamorphose et de la croissance, se traduisant par une augmentation considérable du poids.

Les têtards nourris avec le lobe intermédiaire ou postérieur d'hypophyse comme les témoins n'ont pas présenté ces modifications. C. a expérimenté sur un nombre de 200 têtards âgés de six jours, divisés en 4 lots. Le premier lot fut nourri par le lobe antérieur d'hypophyse fraîche de bœuf, le second par le lobe moyen, le troisième par le lobe postérieur, enfin le dernier par une alimentation normale.

Le travail de C. est accompagné de clichés photographiques montrant les têtards aux divers stades de l'expérience. C. conclut que ses expériences permettent d'attribuer à l'hypophyse antérieure un rôle stimulant dans la croissance et la métamorphose.

Henri Krauter.

A. Balint. ***Sur l'équilibre acido-basique chez les nourrissons*** (*Clujul medical*, t. **15**, n° 12, 1[er] Décembre 1934, p. 676-680). — L'organisme humain tend à maintenir stable le contenu chimique des humeurs. Les principaux facteurs régulateurs sont : *le rein, les tissus cellulaires sous-cutanés, les parois capillaires* et enfin les substances propres circulant dans le sang : les *colloïdes* et les *cristalloïdes*. Les deux derniers facteurs sont les plus importants, dans la détermination de l'équilibre acido-basique. Chez le nouveau l'équilibre acido-basique est troublé, dans plusieurs circonstances : 1° dans les premières heures, dès la naissance, on trouve chez le nourrisson une acidose prononcée.

Ylpö qui a mis en évidence ce phénomène parle même d'une constitution acidosique du nourrisson, qui serait peut-être en rapport avec la quantité importante d'hémoglobine du nouveau-né. L'oxyhémoglobine devient un puissant acide, à cause de la faible tension du CO^2 dans le sang. Dans le *rachitisme, on trouve une hypophosphatémie et une* diminution de la réserve alcaline (hypoalcalose). L'existence de l'hypoalcalose ne constitue pas une preuve absolue de l'acidose (György). Mais dans les urines des enfants présentant un rachitisme floride, on a trouvé des produits acides, en grandes quantités. L'origine de l'acidose dans le rachitisme se trouve dans les tissus.

L'intensité du métabolisme décroît, d'où l'augmentation de la quantité de produits acides. Par conséquent les états qui évoluent avec une oxydation lente présentent une acidose. On trouve de l'acidose dans *la narcose, l'intoxication alimentaire*, l'atrophie des nourrissons. Le facteur le plus important de l'acidose dans le rachitisme, c'est *l'hypophosphatémie*. La spasmophilie offre un contraste au point de vue du métabolisme, avec le rachitisme. Ici il s'agit d'alcalose ; une diminution de la réserve alcaline, trouvée parfois dans la tétanie, s'explique par une hyperexcitation du centre respiratoire, d'où le changement du pH. De là vient l'utilité de la recherche du pH sanguin et du dosage des acides dans l'urine.

Dans les troubles alimentaires des nourrissons, l'exitus est dû à la disparition des réserves anorganiques de l'organisme. B. établit la réserve alcaline sous forme de *carbonates;* sauf pour la spasmophilie, la réserve de carbonates constituera l'indice des processus qui soutiennent l'équilibre acido-basique. B. note la quantité des carbonates par C. Il se sert de la méthode de Rohony et emploie 1 cm³ 5 de plasma sanguin. Le réactif est une solution centinormale (n/100) et l'indicateur employé est le rouge d'alizarine. Dans les cas normaux, C. varie de 1,20-1,40. Les difficultés rencontrées pour obtenir du sang veineux chez les nourrissons ont déterminé B. à employer le liquide C.-R.

Le C. du plasma sanguin est moins constant que celui du liquide C.-R. La valeur du C. dans le liquide C.-R. est de 1,85-2,000. B. donne ensuite un tableau avec les quantités de C. dans le plasma et dans le liquide des principales affections.

Il conclut que l'acidose ou l'alcalose du liquide C.-R. renseigne sur les réactions de l'organisme. En outre la détermination de l'équilibre acido-basique contribue à élucider la pathogénie du rachitisme, de la spasmophilie, de l'intoxication, à établir un diagnostic difficile de coma diabétique ou d'intoxication alimentaire, enfin il y a un intérêt thérapeutique par l'administration du HCl et du chlorure d'ammonium.

Henri Krauter.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

R. Roelsen (Copenhague). ***Tumeurs bénignes du duodénum*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **84**, n[os] 4-5, 11 Février 1935, p. 439-455). — R. rapporte un cas de tumeur bénigne du duodénum. Il s'agit d'un homme de 59 ans, qui se plaignait depuis plusieurs années de douleurs sourdes, peu caractéristiques à l'épigastre et, pendant les six derniers mois précédant son entrée à l'hôpital, de diarrhée et de vomissements matinaux. Objectivement, on constatait une anémie simple, des hémorragies occultes persistantes et de l'achylie. Ce fut l'examen radiologique qui permit le diagnostic, en montrant, au niveau de la portion descendante du duodénum, deux ou trois défauts de remplissage réguliers, arrondis, faisant saillie et demeurant presque inchangés dans leurs formes et leurs dimensions au cours d'une observation de dix mois ; le segment duodénal atteint était dilaté par ces protubérances qui étaient tapissées par une très mince couche de baryte, tandis que le contour du duodénum lui-même n'était pas, par ailleurs, modifié. Il n'y avait pas de signes de malignité ni de troubles pancréatiques. R. élimine successivement les diagnostics de cancer de la tête du pancréas, de polypose gastro-intestinale généralisée, de polype gastrique pédiculé ayant migré dans le duodénum, et adopte celui de tumeur bénigne de cet organe.

Il donne un résumé des 36 cas de tumeurs bénignes duodénales publiés depuis 1921, comprenant 19 adénomes, polypes ou papillomes, 7 fibromyomes, 1 hémangiome, 1 tuberculome et 1 schwannome. Il souligne l'importance des entérorragies, occultes ou macroscopiques, la fréquence de l'anémie en résultant et de la perte de poids. Le diagnostic ne peut être fait que radiologiquement. Le traitement a été le plus souvent chirurgical, consistant en une simple excision, parfois associée à une entéro-anastomose ou à une intervention plastique, ou en une résection.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MEDECINE (Paris)

Marcel Labbé, Raoul Boulin et M. Pétresco. ***Le diabète bronzé (cirrhose pigmentaire du foie et diabète)*** (*Annales de Médecine*, t. **37**, n° 1, Janvier 1935, p. 5-40). — De tous les éléments symptomatiques, le plus constant et le plus précoce est la cirrhose hypertrophique pigmentaire du foie, les autres pouvant manquer. Aussi, pourrait-on appeler ce syndrome cirrhose pigmentaire avec mélanodermie et diabète. L., B. et P. font une excellente mise au point de la question, avec une importante contribution personnelle, basée sur de nombreuses observations personnelles, dont sept avec étude anatomique.

On a invoqué dans l'étiologie l'intoxication alcoolique chronique: celle-ci fait très souvent défaut, toujours même dans les cas observés chez l'enfant. Le rôle de l'intoxication chronique par le cuivre a donné lieu à de multiples recherches expérimentales, qui ne peuvent établir le rôle d'un tel facteur dans la cirrhose pigmentaire humaine. Nous savons que l'affection est liée au diabète, nous ignorons sa cause.

L., B. et P. discutent les théories pathogéniques, incriminant, les unes l'hyperhémolyse, les autres un trouble du métabolisme du fer dans le foie. A la lumière de leurs observations, ils pensent que l'accumulation du fer dans les divers organes n'est due: 1° ni à une élaboration exagérée du fer consécutive à un hyperfonctionnement de la cellule hépatique, celle-ci se montrant au contraire profondément altérée; 2° ni à une hyperhémolyse, car il n'y a ni anémie, ni diminution habituelle de la résistance globulaire, ni images histologiques d'hypérérythrolyse, ni réaction médullaire consécutive, ni réticulocytose, ni sidérose du type hémolytique; 3° ni à un trouble du transport du fer: la moelle osseuse reçoit des quantités normales de fer et remplit normalement ses fonctions érythropoïétiques. Il est possible qu'elle résulte d'un trouble de l'élimination du fer alimentaire ou du fer d'origine hémoglobinique au niveau du foie. L., B. et P. étudient minutieusement: la sidérose, les pigments, la pigmentation cutanée, la cirrhose du foie et des autres viscères.

L'affection est toujours grave. Elle accompagne un diabète vrai, d'origine insulo-pancréatique, réagissant moins qu'habituellement à l'insuline. Certains cas s'accompagnent d'insuffisance génitale. L'évolution se fait par apparition des divers éléments en divers temps. Néanmoins, leur association réalise une entité morbide qui mérite d'être conservée.

L. Rivet.

V. de Lavergne et P. Kissel. ***Etude critique des théories pathogéniques de la lithiase biliaire*** (*Annales de Médecine*, t. **37**, n° 1, Janvier 1935, p. 117-131). — De L. et K. présentent une étude critique des théories vésiculaires (infection, stase), puis des théories humorales (hépatiques, diathésiques). Sans être exclusifs, ils pensent que les contradictions que renferment ces théories, que les arguments qui les fondent s'expliquent facilement et s'éclairent si l'on admet que la formation des calculs résulte avant tout d'un processus local de floculation des divers constituants de la bile sous l'influence d'une chute du pH du milieu déterminée par l'infection. Il en résulte des déductions thérapeutiques intéressantes, tendant à lutter contre la précipitation calculeuse en alcalinisant la bile. Pour de L. et K., cette thérapeutique alcalinisante n'a pas pour but principal de déterminer la mort des germes pathogènes; elle doit agir surtout en empêchant la précipitation des colloïdes de la bile, du cholestérol en particulier.

L. Rivet.

Pasteur Vallery-Radot, E. Gilbrin et Mlle P. Gauthier-Villars. ***Néphrites expérimentales par les sels d'or. Parallélisme entre l'élimination du métal et les lésions histologiques*** (*Annales de Médecine*, t. **37**, n° 2, Février 1935, p. 145-168). — Ce travail comporte le protocole d'expériences faites à l'aide de la crisalbine ou de l'allocrysine sur 38 lapins jeunes non tuberculeux.

L'élimination des sels d'or par le rein n'est pas fortuite: la localisation des granulations dépend du moment où ont été injectés les sels d'or. Les lapins sacrifiés moins de 24 heures après une injection de crisalbine présentent uniquement des granulations punctiformes sur la membrane basale des tubes contournés. Les lapins ayant reçu plusieurs injections, pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, présentent de grosses granulations intracellulaires, avec cylindres auriques. Les reins des lapins, ayant subi une longue intoxication, contiennent, en plus, des particules d'or dans l'intérieur des cellules conjonctives. En opposition avec les lésions tubulaires, les glomérules ne contiennent pas de métal.

Fait capital: il existe une concordance très nette entre les lésions tubulaires et la localisation de l'or. Les cellules des tubes contournés sont normales quand les particules métalliques occupent seulement la basale. Au contraire, il existe des lésions tubulaires quand l'or a pénétré dans l'intérieur des cellules. Les glomérules ne contiennent pas d'or: ils sont indemnes. Les intoxications prolongées s'accompagnent de sclérose, en même temps que d'infiltration aurique dans le tissu interstitiel.

Il n'est pas sans intérêt, pour l'étude de la pathogénie des néphrites toxiques, de constater le parallélisme entre le cheminement du métal et les lésions rénales. Il semble bien que la surcharge métallique conditionne les lésions histologiques.

L. Rivet.

G. Maranon, L. Calvo Pena et E. Ossorio Florit (Madrid). ***Le métabolisme basal dans l'insuffisance surrénale chronique. Action des hormones surrénales (corticale et médullaire) sur le métabolisme*** (*Annales de Médecine*, t. **37**, n° 2, Février 1935, p. 168-182). — Quoique l'extirpation des glandes surrénales donne lieu à une baisse constante du métabolisme, cet hypométabolisme n'est pas constant dans l'insuffisance surrénale chronique de l'homme. Dans une série de 51 cas certains de maladie d'Addison, M., P. et F. n'ont observé cette baisse que dans 23,5 pour 100 des cas; dans 9,8 pour 100, il y avait de l'hypermétabolisme et dans 66,6 pour 100 le métabolisme était normal.

On peut expliquer cette disparité entre les données expérimentales et cliniques par le fait que, dans l'insuffisance surrénale spontanée de l'homme, d'autres facteurs agissent sur le métabolisme basal en sens contraire, et neutralisent la diminution de la fonction cortico-adrénalinique (infections, autres perturbations endocriniennes, etc.).

Il n'y a aucun rapport entre le chiffre de l'hypométabolisme et la gravité de la maladie. Au point de vue clinique, la détermination du métabolisme basal n'a donc aucun intérêt pour le diagnostic ni pour le pronostic de la maladie d'Addison.

L'étude, faite sur une série de 15 malades addisoniens, du métabolisme basal, avant et après l'injection de doses appropriées des deux hormones surrénales, démontre que l'adrénaline (hormone médullaire) fait monter le métabolisme, tout comme dans l'organisme normal, mais avec moins d'intensité.

Non seulement l'injection de l'hormone corticale, d'une efficacité certaine et sans adrénaline, n'élève pas le métabolisme, mais au contraire, dans la plupart des cas, elle le fait baisser. Cette action hypométabolisante est indépendante du chiffre initial du métabolisme et de la dose d'hormone injectée. L'action hypométabolisante atteint son plus haut degré 30 à 60 minutes après l'injection.

Ces recherches permettent d'affirmer que la partie médullaire de la glande est celle qui agit sur le métabolisme basal, et non la partie corticale.

Chez d'autres malades et chez les individus sains, M., P. et F. n'ont observé aucune action de l'hormone corticale sur le métabolisme.

L. Rivet.

J. Reilly, E. Rivalier, A. Compagnon, R. Laplane et H. du Buit. ***Sur la pathogénie de la dothiénentérie (1er mémoire). La fièvre typhoïde expérimentale*** (*Annales de Médecine*, t. **37**, n° 2, Février 1935, p. 182-205). — Pour V. de Lavergne, le stade d'incubation correspond à une adénolymphite mésentérique; à un moment, les germes essaiment de là dans le système circulatoire, c'est le début de la période d'invasion. De là, les germes arriveut à la vésicule biliaire et sont dérivés à nouveau vers l'intestin. Dans l'intervalle, un état d'allergie s'est créé, et ce nouveau contact des germes avec les plaques de Peyer y provoque par une sorte de phénomène de Koch l'ulcération classique. Mais, à cette thèse séduisante, on peut objecter la possibilité de reproduire expérimentalement les lésions intestinales par injection du poison typhique, et, d'autre part, l'absence des réactions allergiques chez les sujets atteints de dothiénentérie grave.

Après avoir rappelé les recherches expérimentales antérieures, dont beaucoup se sont heurtées à cette difficulté que les animaux usuels ne contractent expérimentalement qu'une toxi-infection éberthienne non comparable avec la pathologie humaine, les auteurs exposent leurs propres recherches, qui ont porté sur 137 cobayes, 70 lapins, 25 chats, 20 simiens inférieurs. L'inoculation virulente de bacilles typhiques ou paratyphiques fut pratiquée directement dans les ganglions du mésentère, alors que chez les sujets témoins on se contenta d'injecter dans les ganglions une émulsion stérile. Les auteurs précisent minutieusement leur technique opératoire et leur technique d'observation des animaux.

Les *simiens inférieurs* se sont montrés plus sensibles vis-à-vis du bacille paratyphique B. que du bacille d'Eberth. Et au sein d'une même espèce, la réceptivité de chacun de ses représentants n'est pas identique.

Dans un cas typique, on reproduisit une maladie qui rappelle l'évolution de la fièvre typhoïde: incubation sans aucun symptôme perceptible, invasion décelable par une ascension thermique et contemporaine de la pénétration des germes dans le torrent circulatoire, période d'état avec abattement, fièvre, diarrhée, inappétence, persistance de la sep-

ticémie. Puis, au bout d'un septénaire, les symptômes s'atténuent progressivement et l'animal entre en convalescence, alors que son sérum a acquis un pouvoir agglutinant. Bref, maladie à allure d'une dothiénentérie bénigne.

Chez un animal qui succomba en adynamie en pleine période d'état, on put vérifier l'hypothèse que la pénétration des germes dans un ganglion annexé à l'intestin suffit, s'ils sont virulents, à ensemencer toute la chaîne lymphatique du mésentère, et que cette infection massive du tissu adénoïde correspond à la période d'incubation. Le stade d'invasion prend naissance au moment où les bacilles, issus de leurs multiples foyers, franchissent le torrent circulatoire, mais en très petit nombre, eu égard à leur prolifération dans le tissu lymphatique. Et c'est enfin l'avènement de la période d'état avec ses symptômes d'empoisonnement dû à l'endotoxine typhique, les uns locaux, constitués par les lésions intestinales, les autres généraux, représentés par l'abattement et bientôt la torpeur.

Qu'il s'agisse de formes mortelles, de formes régulières ou de formes atténuées, toutes peuvent être reproduites expérimentalement chez les simiens inférieurs par la technique des injections intraganglionnaires.

L. Rivet.

Léon Bernard et **Roger Even.** ***Cavernes et cancers du poumon*** (*Annales de Médecine*, t. **37**, n° 3, Mars 1935, p. 225-241). — Il faut toujours penser au cancer du poumon en présence d'une pleuro-broncho-pneumopathie qui ne fait pas sa preuve d'une autre origine, et recourir à toutes les méthodes d'investigation pour reconnaître ses différentes formes, parmi lesquelles les formes cavitaires sont les plus importantes, formes sur lesquelles Letulle a le premier attiré l'attention.

B. et E. en relatent 4 observations personnelles et en rapprochent 10 observations publiées depuis 1928. C'est d'après ces éléments qu'ils décrivent les cavernes cancéreuses du poumon et leur séméiologie.

Les cavernes s'observent dans 25 pour 100 des cancers du poumon. Il convient de distinguer: les cavernes tumorales, fréquentes, développées au sein de la néoplasie; et les cavernes paratumorales, rares, formées dans le parenchyme de voisinage.

Les cavernes tumorales et paratumorales sont nécrosantes ou suppurées. Les cavernes nécrosantes, également tumorales et paratumorales, sont silencieuses, retentissent peu sur l'état général, déterminent des hémoptysies, et donnent un minimum de signes physiques, cliniques et radiologiques. Les cavernes suppurées, apanage presque exclusif des cavernes tumorales, sont plutôt bruyantes, altèrent beaucoup l'état général, s'accompagnent, outre d'hémoptysies, d'une abondante expectoration purulente, et se traduisent habituellement par des signes physiques, cliniques et radiologiques.

Toutes les formes anatomo-pathologiques peuvent se compliquer de cavernes.

La lésion initiale est la nécrose, conséquence de troubles circulatoires dans les vaisseaux bronchiques: oblitérés dans la caverne tumorale; comprimés dans les cavernes paratumorales. L'infection est un phénomène secondaire.

L. Rivet.

J. Reilly, E. Rivalier, A. Compagnon, R. Laplane et **H. du Buit.** ***Sur la pathogénie de la dothiénentérie (1er mémoire, suite). La fièvre typhoïde expérimentale*** (*Annales de Médecine*, t. **37**, n° 3, Mars 1935, p. 241-269). — Les auteurs, qui ont relaté les résultats de l'inoculation de bacilles typhiques et paratyphiques dans un ganglion du mésentère chez les simiens inférieurs, ont pratiqué la même expérimentation sur le *lapin*. Ici, l'expérimentation est moins heureuse et ne permet pas de reproduire tout le cycle évolutif de la dothiénentérie, en ce sens que, l'infection une fois déclarée, les animaux succombent très rapidement. Mais l'introduction, puis le développement des bacilles dans un ganglion mésentérique engendrent des symptômes très discrets, analogues à ceux qui composent la période d'incubation de la fièvre typhoïde humaine. A l'autopsie des animaux qui succombent dans un délai de 7 à 8 jours après l'injection virulente, on observe la présence de lésions intestinales, parfois même très marquées.

La même expérimentation sur le *cobaye* est suivie d'apparition rapide de la fièvre et de symptômes généraux, la période d'incubation étant très courte, réduite le plus souvent à 24 heures. Ce fait tient à ce qu'au lieu de pratiquer l'injection dans une chaîne ganglionnaire distale, comme chez le singe ou le lapin, on est ici contraint de l'effectuer dans des ganglions déjà haut situés (iléo-cæcal ou mésentérique), les seuls qui aient un volume suffisant. En raison de leur communication étroite avec le canal thoracique, l'infection de ces ganglions se propage rapidement au torrent circulatoire et les symptômes de généralisation septicémique apparaissent précocement. Pour accroître la résistance du cobaye à l'inoculation ganglionnaire paratyphique, R., R., C., L. et du B. ont essayé deux modes de vaccination, ou la préparation du cobaye par inoculation sous-cutanée de protéines microbiennes rendues atoxiques, après quoi ils ont obtenu dans leurs expériences une augmentation de résistance de l'animal, grâce à laquelle la maladie expérimentale, tout en restant mortelle, a présenté des caractères anatomo-cliniques et bactériologiques rappelant, dans leurs grands traits, ceux de la maladie humaine.

Mêmes résultats positifs avec le *chat*, à condition de disposer d'échantillons de bacilles très virulents.

L'inoculation expérimentale, dans un ganglion mésentérique, constitue un progrès expérimental considérable: elle a reproduit la période d'incubation. Du ganglion inoculé, l'infection se propage aux chaînes lymphatiques, dans le sens du courant, et même par voie rétrograde grâce à des phénomènes de stase et de rétrodilatation engendrés par la tuméfaction inflammatoire d'un ganglion. Ultérieurement, l'infection sanguine est inéluctable. Mais pour réaliser une maladie comparable à la maladie humaine, il faut qu'il n'y ait qu'un exode permanent et discret de germes dans le torrent circulatoire, ce qu'on obtient par un choix judicieux des échantillons microbiens. R., R., C., L. et du B. envisageront dans un autre mémoire la raison pour laquelle la multiplication des microbes dans les ganglions mésentériques assure, avec une telle fréquence, la production des lésions intestinales.

L. Rivet.

J. Reilly, E. Rivalier, A. Compagnon, R. Laplane et **H. du Buit.** ***Sur la pathogénie de la dothiénentérie (2e mémoire). Le rôle du système neuro-végétatif dans la genèse des lésions intestinales*** (*Annales de Médecine*, t. **37**, n° 4, Avril 1935, p. 321-359). — Les septicémies typhiques ou paratyphiques provoquées chez l'animal par les voies habituelles d'inoculation entraînent fort rarement des altérations de l'intestin. Seule la végétation des bacilles dans les ganglions du mésentère permet la production des lésions intestinales. Or, ces altérations, tuméfaction, nécrose, ulcération des plaques de Peyer, hémorragies localisées ou profuses, sont toutes dues à l'endotoxine typhique ou paratyphique et peuvent être expérimentalement reproduites, à leurs degrés divers, par injection intraveineuse de ce seul poison. Il faut dès lors expliquer leur apparition dans l'unique cas où les microbes prolifèrent au niveau des ganglions mésentériques et y subissent la lyse.

Cette apparition s'explique par l'action de l'endotoxine typho-paratyphique sur le système neuro-végétatif abdominal. R., R., C., L. et du B. relatent leurs expériences sur le lapin, le cobaye, le rat blanc, la chèvre, le chat et le chien, et qui montrent l'action de l'injection périsplanchnique du poison. C'est en allant se fixer sur le sympathique abdominal que l'endotoxine, injectée dans les veines du cobaye ou du lapin, détermine les lésions intestinales. Une double électivité: électivité des germes typho-paratyphiques pour les formations lymphoïdes du mésentère, électivité de leurs poisons pour le système végétatif abdominal, aboutit à créer ce tableau anatomique si particulier de la dothiénentérie.

Les mêmes lésions intestinales peuvent d'ailleurs être reproduites par inoculation périsplanchnique de substances toxiques diverses (toxines microbiennes, alcaloïdes, poisons minéraux). Il ne faut donc pas attribuer à la toxine typho-paratyphique une nocivité strictement spécifique; son caractère de spécificité, elle le doit uniquement à la prédilection qu'elle affecte pour le système végétatif abdominal sur lequel, élaborée dans les ganglions du mésentère ou introduite dans la circulation de certains animaux, elle vient aussitôt se fixer. Mais les lésions digestives qui en résultent ne lui appartiennent pas en propre; elles ne sont que l'expression d'une atteinte du système sympathique, identique dans ses effets, mais variée dans ses causes. Une simple action physique, électrisation prolongée du nerf par un courant faradique ou mieux striction par un fil de lin, provoque en quelques heures les mêmes lésions.

Il est même possible de provoquer des désordres semblables en déposant un produit toxique sur la chaîne latéro-cervicale ou dans le ganglion étoilé. Et un mécanisme de ce genre peut être incriminé dans la genèse de certaines grandes hémorragies digestives dont la nature est encore entourée d'obscurités.

R., R., C., L. et du B. exposent ensuite la nature et la signification des lésions intestinales de la dothiénentérie, par une endothéliite dont on peut suivre tous les degrés, une thrombose totale ou partielle. Quant à l'origine des lésions vasculaires, les examens histologiques confirment l'expérimentation, en montrant qu'elles résultent de l'atteinte du système neuro-végétatif par le poison typhique. Histologiquement comme macroscopiquement, les lésions de la dothiénentérie ne possèdent pas un caractère de spécificité. En modifiant l'activité d'un poison du système neuro-végétatif, on arrive à reproduire les lésions artérielles les plus variées, depuis l'endothéliite à ses divers degrés, jusqu'à la sténose complète, et celle-ci en l'espace de quelques jours; c'est, en effet, le système neuro-végétatif qui règle le système circulatoire et assure en même temps l'équilibre nutritif des parois vasculaires.

R. et ses collaborateurs terminent ce très remarquable mémoire par une application des données expérimentales à la pathogénie de l'infection humaine et à ses diverses formes. La maladie se compose de trois éléments: un processus infectieux représenté par les foyers ganglionnaires dans lesquels se multiplie le germe, un processus septicémique conditionné par le siège et le nombre de ces foyers, un processus toxique enfin, qui, par l'intermédiaire du système neuro-végétatif, engendre les lésions intestinales. Selon la virulence des microbes, selon la réactivité de l'organisme, ces trois éléments peuvent varier d'intensité, et leurs modalités régissent les formes cliniques de la maladie; mais ils n'en coexistent pas moins. Cette association peut, d'ailleurs, se trouver rompue, et c'est le cas de certaines manifestations anormales, des septicémies éberthiennes pures, de simples adénoïdites éberthiennes sans dissémination éberthienne, qui donneront lieu à un mémoire ultérieur.

L. Rivet.

J. Claudian et **Valerio Petresco** (Bucarest). ***Angine prémonitoire dans certaines gonococcies à déterminations articulaires. Son rôle pathogénique*** (*Annales de Médecine*, t. **37**, n° 4, Avril 1935, p. 374-382). — A l'aide de six observations personnelles, C. et P. montrent que les septicémies et les bactériémies gonococciques à déterminations articulaires sont quelquefois précédées par une angine érythémateuse d'aspect banal. Cette angine n'a pas la signification d'une porte d'entrée de l'infection gonococcique; elle traduit probablement une infection associée.

L'infection d'origine pharyngée semble jouer un certain rôle dans la pathogénie de certaines septicémies et bactériémies avec déterminations séreuses et surtout articulaires. C. et P. conçoivent ce rôle de la manière suivante:

a) Une infection locale gonococcique peut être réactivée par l'infection surajoutée qui pourrait déclencher une bactériémie plus ou moins passagère;

b) Si l'agent de l'infection surajoutée possède un certain tropisme articulaire (virus de la maladie de Bouillaud ou autre), il pourrait faciliter la fixation du gonocoque sur les articulations et sur les séreuses, soit comme virus vecteur, soit comme agent de sensibilisation. L. Rivet.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE (Paris)

Paviot, Levrat et **Guichard**. ***L'éosinophilie sanguine des tumeurs malignes (à propos d'un cas de réticulosarcome périrénal avec éosinophilie sanguine et tumorale)*** [*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. **12**, n° 2, Février 1935, p. 113-130]. — Cet intéressant mémoire rassemble, à propos d'un cas personnel, les observations publiées, au nombre de 10, d'éosinophilie sanguine dans des tumeurs malignes.

Le cas personnel est un réticulo-sarcome périrénal. L'étude histologique de la néoplasie est démonstrative: elle présente des aspects de réticulosarcome embryonnaire, de sarcome réticulé, d'angio-sarcome, de sarcome hématopoïétique. Partout on note de très nombreux éosinophiles, polynucléaires et éléments mononucléés, mais non myélocytes: en effet, ces éosinophiles ne sont pas formés par les plages hématopoïétiques de la tumeur. D'après P., L. et G., ils dérivent bien plutôt des cellules réticulaires et de leurs descendantes à évolution conjonctive.

Il n'y a aucun doute que les éosinophilies locale et sanguine ne soient connexes. Le sang contient 90.000 globules blancs avec 74 pour 100 de cellules éosinophiles, les unes polynucléées, les autres mononucléées comme dans le tissu néoplasique: le sang est le miroir de l'éosinophilie locale.

Etudiant toutes les observations connues, P., L. et G. peuvent réfuter successivement les théories émises trop hâtivement sur les causes de l'éosinophilie locale dans les tumeurs et sur les circonstances de l'éosinophilie sanguine. Le problème reste mystérieux. Les seules conclusions que proposent P., L. et G. sont: dans leur cas, les éosinophiles sont d'origine conjonctive, ce sont à l'origine des monocytes éosinophiles; à titre provisoire, on peut admettre que la cause de l'éosinophilie est une sensibilisation du sujet aux protéines néoplasiques. P. Moulonguet.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Massias. ***La syphilis nerveuse chez les indigènes d'Indochine : syphilis dite exotique et manifestations nerveuses*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. **6**, n° 2, Février 1935, p. 97-117). — L'existence de la syphilis nerveuse sous ses formes classiques chez les indigènes indochinois n'est pas contestable; cependant elle n'est pas fréquente dans un pays où la syphilis est extrêmement répandue. Le tabes est très rare; M. a rapporté le seul cas autopsié en Indochine.

Les indigènes soignent très mal leur syphilis; ils se contentent de 3 ou 4 injections de novarsénobenzol, qui blanchit rapidement leurs accidents; l'Indochinois aime l'arsénobenzol, parce que ce médicament cicatrise rapidement les lésions visibles; mais ultérieurement, il abandonne tout traitement.

Si un traitement arsenical insuffisant favorise l'apparition du tabes et de la paralysie générale, on peut se demander pourquoi on ne trouve pas plus souvent ces affections en Indochine.

L'Asiatique, Annamite, Chinois, n'a pas les mêmes réactions neuro-végétatives que l'Européen; il a un autre substrat biochimique.

On peut admettre qu'avec les progrès de l'hygiène et avec le temps, le problème de la syphilis nerveuse indochinoise se présentera sous un jour nouveau, se rapprochant de la syphilis nerveuse européenne.

R. Burnier.

Ducourtioux. ***Le traitement électro-chirurgical des cancers de la peau et des muqueuses orificielles*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. **6**, n° 2, Février 1935, p. 118-136). — D. vante les bons effets de la haute fréquence dans le traitement des tumeurs cutanées, même les plus malignes; elle ne provoque jamais d'aggravation; elle se prête aux retouches et aux interventions en plusieurs temps. Les récidives sont très rares. Les cicatrices opératoires sont excellentes, aussi parfaites que celles obtenues avec les rayons X ou le radium.

L'*épithélioma baso-cellulaire*, à évolution lente, est le moins grave, le plus radiosensible des tumeurs. L'électro-chirurgie donne d'aussi bons résultats que les rayons X dans les formes moyennes; elle peut réussir dans les formes graves, mutilantes, là où les radiations ont échoué.

L'*épithélioma spino-cellulaire* de la peau et des muqueuses a une marche plus rapide, s'ulcère et se propage aux ganglions; il est moins radio-sensible que la forme baso-cellulaire. L'électro-chirurgie donne une guérison définitive dans la majorité des cas.

Le *naevo-carcinome*, le plus grave, ne doit jamais être traité par le bistouri ou le galvanocautère; une simple biopsie faite sans précautions peut être néfaste. L'électro-coagulation est la méthode de choix.

L'électro-coagulation est également indiquée dans les *kératoses séniles*, dégénérées ou non, la *leucoplasie*.

Les courants de haute fréquence, qui agissent soit par coagulation, soit par section des tissus, ne permettent pas la suture des plaies opératoires. Mais la cicatrisation se fait normalement par 2e intention, par cicatrices très peu visibles.

Pour les tumeurs de petite dimension, on se contente d'une anesthésie locale avec une solution de novocaïne à 5 pour 100 additionnée d'adrénaline. Pour les tumeurs très malignes, l'anesthésie tronculaire et l'anesthésie régionale doivent être préférées.

R. Burnier.

REVUE FRANÇAISE DE PUÉRICULTURE (Paris)

Suzanne Borel-Maisonny. ***Les troubles de la parole*** (*Revue française de Puériculture*, t. **2**, n° 5, 1934, p. 279-297). — Cet intéressant article nous montre que les troubles de la parole peuvent être conditionnés par des facteurs mécaniques, des facteurs psychiques ou intellectuels, ou par des maladies nettement caractérisées.

Parmi les faits mécaniques, l'insuffisance palatine a la place prépondérante. La forte ogivité de la voûte entraîne du schlintement (émission anormale des *ch. s. j. z*,), du zézaiement, du ronflement nasal et de la nasalité généralisée. Le rôle de l'implantation vicieuse des dents ne doit pas être exagéré. Le prognathisme supérieur et inférieur, les béances molaires ont néanmoins des retentissements marqués sur l'élocution. Il en est de même des malformations linguales (langue épaisse, à frein court).

Les facteurs psychiques et intellectuels conduisent soit à de simples retards de la parole, soit à du bégaiement survenant surtout chez des retardés simples. Des troubles phonétiques sont parfois aussi la conséquence de l'impossibilité partielle ou totale d'apprécier les sons tout en les entendant et de saisir un rapport quelconque entre les intervalles qui séparent les sons et les bruits.

B. rapporte ensuite des observations personnelles recueillies au cours du syndrome de Little, d'hémiplégie infantile, d'encéphalite, de myxœdème et de mongolisme.

Comme les mêmes causes produisent toujours les mêmes troubles phonétiques, et que des effets semblables sont engendrés par des causes très diverses, il ne faut pas demander une méthode générale d'éducation ou de rééducation. L'éducateur doit être observateur, ingénieux, souple d'esprit et persévérant pour s'adapter à tous les cas d'espèce que soulève la complexité des troubles de la parole.

C. Ruppe.

LE SANG (Paris)

L. Bouchut, M. Levrat et **A. Guichard**. ***La myélose ostéomalacique*** (*Le Sang*, t. **8**, n° 8, 1934, p. 925-944). — B., L. et G. décrivent sous ce nom une entité anatomo-clinique, rare il est vrai, mais très intéressante, en se fondant sur quatre observations relatées. Comme son nom l'indique, cette affection présente une hyperplasie myéloïde de la moelle osseuse, mais sans changement de la formule sanguine, et, cliniquement et radiologiquement, une ostéomalacie généralisée, avec tout l'ensemble clinique, qui caractérise les grandes décalcifications: douleurs osseuses, impotence fonctionnelle, fractures spontanées, déformations. Sur les coupes, on constate une disparition presque complète du tissu osseux. L'évolution en est très particulière, rapide, fébrile et d'allure aiguë, qui la différencie de la simple ostéomalacie. L'hyperplasie myéloïde diffuse et intense l'en différencie également. Les auteurs ne croient pas qu'elle puisse être secondaire à la décalcification, peut-être en est-elle la cause, ou bien les deux processus osseux et médullaire évoluent-ils parallèlement. Parmi les affections sanguines, c'est certainement aux myélomes osseux, ou sarcomes de la moelle, que la myélose ostéomalacique ressemble le plus. Les myélomes se caractériseraient surtout par des formations plus nodulaires, et par la multiplication d'un seul élément sanguin, avec caractères anarchiques nets. Cliniquement, le diagnostic paraît délicat. Plus voisine des leucémies, cette myélose peut d'ailleurs comporter une évolution vers un état leucémique. Mais cette éventualité est rare.

Enfin, on peut rapprocher cette affection sinon de l'ostéopétrose, qui s'accompagne d'anémie et de splénomégalie, mais de la myélose avec ostéosclérose et aleucémie, qui semble être tout à fait analogue, au point de vue sanguin, mais associée à un processus osseux inverse ossifiant au lieu d'être décalcifiant. Ce qui est intéressant, c'est la double atteinte médullaire et osseuse, peut-être conséquence de l'action d'un agent commun; la décalcification de l'os est peut -être produite par le mécanisme

d'une intense congestion vasculaire. B., L. et G. pensent que l'on peut ainsi joindre la myélose ostéomalacique, où la moelle et l'os réagissent tous deux intensément, aux ostéomalacies, où seul l'os réagit, la moelle osseuse restant au repos. Des chaînons intermédiaires seraient établis par les formes myéloïdes de l'ostéomalacie, où la réaction hématopoïétique reste discrète et de second plan.

D'un point de vue plus général encore, cette maladie permet de concevoir des processus pathologiques frappant à la fois l'hématopoïèse et l'ostéogénèse, et l'étude des rapports entre ces deux grandes fonctions.

A. Escalier.

L. Binet et **V. Strumza**. ***Le pouvoir antianémique de la chlorophylle, des sels de fer et de cuivre*** (*Le Sang*, t. **8**, n° 9, 1934, p. 1041-1047). — B. et S. relatent leurs recherches expérimentales qui ont consisté dans la production d'une anémie par saignées répétées chez le chien, et son traitement par la chlorophylle, les sels de fer et de cuivre. Deux périodes d'anémie par soustraction sanguine encadrent une période où l'animal anémié reçoit, en plus, soit de la chlorophylle, soit du fer (protoxalate de fer ou gluconate de fer), soit du cuivre (gluconate de cuivre) ou les deux métaux à la fois. On note les variations sanguines et on mesure la quantité d'hémoglobine produite. Dans ces conditions, la chlorophylle et les sels de fer agissent surtout sur la formation d'hémoglobine; le cuivre, au contraire, augmente le nombre des globules rouges. L'association du fer et du cuivre augmente l'hémoglobine, comme le fer employé seul, mais accroît considérablement, en outre, le nombre des hématies.

A. Escalier.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

Pierre-Bourgeois, Mlle **de Jesensky** et **J. Lagaillarde**. ***La poussée menstruelle des tuberculeuses. Premier mémoire: fièvre menstruelle et troubles des règles; action thérapeutique de la folliculine*** (*Revue de la tuberculose*, série **5**, t. 1, n° 1, Janvier 1935, p. 6-27). — B., J. et L. étudient la fièvre menstruelle des tuberculeuses dans ses rapports avec la dysménorrhée si habituelle chez ces malades.

La folliculine agit sur la fièvre menstruelle des tuberculeuses, et cette action se vérifie, dans environ deux tiers des cas de fièvre prémenstruelle et menstruelle. Elle peut aussi réduire les aménorrhées actives auxquelles elle arrive souvent à substituer une menstruation normale et facile. Elle agit aussi parfois sur l'abondance du flux menstruel qu'elle peut augmenter et rendre normale.

B., J. et L. n'ont observé aucune action sur les douleurs menstruelles, alors que de nombreux gynécologues affirment les heureux résultats obtenus par ce médicament dans les règles douloureuses. Ce résultat n'est pas surprenant, la folliculine étant une hormone de tonicité utérine: quelques malades aménorrhéiques ont même présenté, avant la réapparition de leurs règles, des douleurs utérines parfois intenses.

La folliculine ne peut agir sur l'évolution de la tuberculose qu'en supprimant un facteur occasionnel d'aggravation, la fièvre menstruelle. Dans certaines observations, la suppression de cette fièvre menstruelle a permis à l'organisme de se maintenir dans un état satisfaisant, parfois même de s'améliorer. D'autres fois, la suppression de la fièvre n'a pas paru avoir d'influence sur l'évolution générale de la tuberculose.

L. Rivet.

Louis Béthoux et **Roger Génin** (Grenoble). ***La sédimentation globulaire au cours de la tuberculose pulmonaire chronique dans la pratique sanatoriale et préventoriale. Etude comparative de 1.500 réactions pratiquées chez 250 malades: 200 femmes et 50 enfants*** (*Revue de la tuberculose*, série **5**, t. 1, n° 2, Février 1935, p. 130-151). — Au cours de la tuberculose pulmonaire confirmée, la vitesse de sédimentation des hématies est le reflet fidèle de l'état humoral et général du sujet. Sa valeur, mesurée d'une façon périodique par l'indice de sédimentation de Katz, permet d'établir une courbe de sédimentation analogue à la courbe de température, de poids, etc.; comparée à ces divers graphiques et aux modifications cliniques, bacilloscopiques et radiologiques du sujet, elle peut fournir des indications utiles relativement au pronostic. Elle augmente, en effet, avec la gravité du processus morbide, avec une complication ou la bilatéralisation des lésions. Elle diminue et tend à se rapprocher de la normale à mesure que les lésions s'améliorent, que l'état général se relève. Enfin, au cours des divers traitements appliqués, qu'il s'agisse de traitements médicaux, de collapsothérapie ou d'interventions chirurgicales, elle apporte des enseignements utiles sur l'efficacité et la conduite de la thérapeutique instituée.

Cette réaction, par sa simplicité et par son utilité, doit entrer dans la pratique journalière du laboratoire dans les sanatoria et préventoria.

L. Rivet.

R. Burnand (Lausanne). ***Le traitement des formes aiguës de la tuberculose pulmonaire*** (*Revue de la tuberculose*, série **5**, t. 1, n° 2, Février 1935, p 151-178). — B. envisage dans ce mémoire le traitement des formes les plus malignes de la tuberculose pulmonaire: granulie fébrile, phtisie galopante, pneumonie caséeuse, tuberculoses cavitaires phagédéniques, formes témoignant d'une redoutable virulence du microbe et d'une très mauvaise résistance du terrain. Elles sont assimilables cliniquement aux septicémies et aux gangrènes. En face de ces cas, il faut faire plus et mieux qu'une médecine simplement consolatrice, car la tuberculose aiguë n'est pas inexorablement fatale. B. indique pour chaque forme la méthode qui lui paraît la plus adéquate. En appliquant les méthodes modernes combinées à la cure hygiéno-climatique, on peut obtenir parfois des résultats inespérés.

L. Rivet.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

Groth et **Munsterer**. ***Relation entre le nombre et la dimension des scarifications vaccinales et l'immunité antivariolique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 48, 29 Novembre 1934, p. 1842-1845). — Nombre de pédiatres ont préconisé depuis quelques années l'atténuation de la vaccination, la diminution du nombre des scarifications et de la longueur de chacune d'elles dans le but de diminuer l'intensité des réactions vaccinales. Le règlement allemand qui prévoyait quatre scarifications ne dépassant pas un centimètre de longueur a été modifié en Avril 1934 pour ordonner deux scarifications de trois millimètres; en Amérique on n'exige plus qu'une piqûre, aussi réduite que possible.

Le but essentiel de la vaccination, c'est-à-dire la protection contre la variole, doit indiscutablement demeurer au premier plan; il importe donc d'établir si l'intensité de la réaction et la surface des scarifications peuvent avoir une influence sur l'immunité antivariolique: c'est-à-dire de préciser la limite minimum des inoculations vaccinales efficaces.

Des travaux anglais, effectués lors de l'épidémie de Londres de 1901 à 1904, s'étaient efforcés d'établir des relations entre la gravité de la variole et les dimensions de la cicatrice vaccinale. Cameron avait ainsi constaté que le pourcentage de la mortalité des varioliques était inversement proportionnel au nombre des cicatrices: seules les cicatrices de plus de 3,22 cm. paraissaient immunisantes et la protection était d'autant plus efficace que l'étendue de la cicatrice était plus importante et répartie sur un plus grand nombre d'éléments.

Ces statistiques paraissent discutables car elles ne tiennent pas compte des revaccinations et en outre elles n'envisagent pas la signification de l'intensité de la vaccination en ce qui concerne la fréquence de l'infection variolique: on ignore en effet le pourcentage de vaccination de la population en général et on ne tient compte que des vaccinés parmi les malades.

La question paraît plus aisée à élucider en se basant sur l'importance et le nombre des résultats positifs de la revaccination selon les dimensions de la cicatrice vaccinale. Les recherches entreprises par G. et M. sur ce point ont porté sur 7.759 revaccinés (enfants des écoles). Elles ont fourni des résultats qui concordent remarquablement avec les observations anglaises, en particulier la cicatrice unique et peu étendue paraît nettement insuffisante et les réactions de la revaccination sont d'autant plus fréquentes que le nombre de primo-inoculations est plus faible. En outre l'étendue de la surface cicatricielle totale, et plus encore sa répartition en plusieurs cicatrices, augmente la valeur immunisante du vaccin: la limite inférieure des cicatrices immunisantes étant de 4 cm. de long ou de 4 cm. 2 de surface.

Les auteurs considèrent donc que la diminution du nombre des sacrifications constitue un danger et que l'immunisation antivariolique pour être efficace doit comporter au minimum trois scarifications de trois à cinq millimètres de longueur lors de la première inoculation et de cinq à huit millimètres de longueur lors des revaccinations.

G. Dreyfus-Sée.

Seifert. ***Le pronostic opératoire des malades gras et maigres*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **81**, n° 50, 13 Décembre 1934, p. 1917-1921). — L'étude des statistiques opératoires durant dix années démontre que le pronostic des opérations abdominales est totalement différent chez les sujets gras et maigres. La mortalité chez les premiers étant trois à quatre fois plus élevée que chez les seconds.

La recherche systématique des causes de la mort a montré que les sujets gras décèdent surtout à la suite de déficiences circulatoires; ces malades présentent, en effet, des troubles multiples qui ont précédé l'opération et qui ne permettent pas à l'organisme de fournir l'effort suffisant pour résister au choc opératoire. En comparant le processus pathologique des sujets gras avec les cas plus rares d'évolution grave chez les sujets maigres, on constate que la mort se produit habituellement rapidement dans le premier cas et sans développement du syndrome pour lequel avait eu lieu l'opération; alors que ce sont les complications post-opératoires de leur maladie qui entraînent plus lentement la mort des sujets maigres. Même lorsque les obèses paraissent supporter l'intervention chirurgicale les accidents post-opératoires demeurent à craindre.

G. Dreyfus-Sée.

Zeller. ***Trois années d'expérience des injections gazeuses d'acétylène dans les espaces sous-arachnoïdaux au cours des méningites suppurées (piqure orbitaire)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 2, 10 Janvier 1935, p. 47-51]. — Les thérapeutiques diverses op-

posées aux méningites aiguës fournissent des résultats souvent décevants. Lorsqu'il existe un foyer infectieux, otitique par exemple, la cure radicale de la lésion locale s'impose tout d'abord. L'accord est fait également sur la nécessité du drainage par ponctions répétées en employant les diverses voies d'abord des méninges, dans tous les cas de méningites primitives ou secondaires.

Pour obtenir une évacuation totale du liquide infecté Z. préconise, depuis 1928, d'utiliser l'injection gazeuse intra-rachidienne et en outre d'essayer de remplir aussi vite que possible les espaces vidés, avec un liquide non toxique et si possible bacillicide.

Le gaz employé a été l'acétylène, soluble dans l'eau et par conséquent inapte à déterminer des embolies gazeuses nocives au cas où elles parviendraient dans la circulation. Ce gaz injecté sous pression permet donc l'évacuation totale du liquide purulent sans danger d'accidents de décompression.

Pour obtenir la production rapide de liquide frais Z. a utilisé la stase cervicale de Bier qui évite d'ailleurs les céphalées secondaires; cette stase est produite à trois reprises pendant une demi-heure. En outre l'injection intra-veineuse de solution salée hypotonique doit être pratiquée.

Pour faciliter l'accès des espaces sous arachnoïdaux de la base Z. a étudié l'injection à travers l'orbite dans la fosse sylvienne et il décrit la technique de cette injection. Il a employé également les ponctions ventriculaires et sous-occipitales.

Enfin pour renforcer l'action de l'acétylène il préconise d'y ajouter des vapeurs bactéricides d'éther. Un appareil spécial a été fabriqué sur ses indications pour permettre les injections.

Un certain nombre de méningites suppurées d'origines diverses ont été améliorées et même guéries à l'aide de cette technique qui a paru fournir des résultats satisfaisants dans des cas très graves.

G. Dreyfus-Sée.

Jauerneck. *L'application pratique de la méthode de Zeller dans le traitement des méningites* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 2, 10 Janvier 1935, p. 51-52). — Cette méthode est utilisée depuis près de deux années dans tous les cas de méningites graves otogènes. Sur 36 malades atteints de méningites 25 ont été ainsi traités; 10 ont guéri et 15 sont morts. L'auteur insiste sur la nécessité d'un traitement précoce institué aussitôt que le diagnostic est porté. Il n'a observé aucun accident sérieux au cours du traitement. Cette méthode thérapeutique, appliquée après l'élimination du foyer primitif local, semble réellement efficace même dans des cas très graves.

G. Dreyfus-Sée.

Franke et Fikentscher. *La signification du dosage quantitatif de la porphyrine en tant qu'épreuve de fonctionnement hépatique et de nutrition* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 5, 31 Janvier 1935, p. 171-172). — La détermination quantitative de la porphyrine paraît fournir des renseignements précis sur le fonctionnement hépatique; des troubles, même légers, du foie déterminent une porphyrinurie nettement augmentée. Le régime, la constitution de l'individu, son mode de vie, semblent avoir sur la courbe de l'élimination de la porphyrine une influence nette qu'on avait négligée jusqu'à présent chez l'individu normal. Par conséquent il importe de tenir compte de ces facteurs avant d'interpréter des variations du taux de la porphyrine dans un sens pathologique. En particulier on insistera sur la nécessité d'un régime type, pauvre en viande, en albumine et en graisse.

Dans une série d'expériences F. et F. ont étudié les modifications de l'élimination urinaire de la porphyrine au cours de divers essais diététiques : non seulement cette élimination est augmentée lors d'absorption d'aliments riches en porphyrine, mais encore elle s'accroît dès que le régime exige une activité augmentée du foie, par exemple lors d'une alimentation riche en graisse (beurre excepté).

La détermination de la porphyrinurie fournit donc des indications intéressantes en ce qui concerne la digestibilité des divers aliments et ces notions sont utilisables pour l'établissement des régimes types.

G. Dreyfus-Sée.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE (Berlin)

George Bankoff. *La thyroïdectomie totale ou subtotale dans le traitement de certaines maladies du cœur et de l'angine de poitrine* (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **181**, fasc. 4, 20 Février 1935, p. 590-598). — On admet, en théorie, et les faits d'observation le prouvent, qu'il y a corrélation entre la vitesse circulatoire et le taux du métabolisme basal; exagérés parallèlement en cas de goitre exophtalmique, ces phénomènes sont, au contraire, abaissés en cas de myxœdème.

Dès lors, on est en droit de se demander si la thyroïdectomie totale, effectuée chez des sujets dont le métabolisme de base n'est pas diminué, ne pourrait pas restreindre les besoins circulatoires, par conséquent être appliquée au traitement de l'insuffisance cardiaque.

B. y a eu recours 20 fois, en cas d'hypo- ou d'asystolie consécutive à des cardiopathies valvulaires rhumatismales, des aortites, des scléroses pulmonaires, etc., avec des résultats encourageants.

Il y a eu, de même, des améliorations indéniables chez des patients atteints d'angine de poitrine, de tachycardie paroxystique, en effectuant la thyroïdectomie subtotale.

Ce sont là des méthodes intéressantes. Mais seul l'avenir dira leur portée exacte.

Jean Patel.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Berlin)

M. Weiss. *L'uroérythrine* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 2, 28 Décembre 1934, p. 97-106). — Le dépôt urinaire appelé sedimentum latericium, rougeâtre, est créé par l'uroérythrine qui se trouve dans l'urine en solution colloïdale et qui est précipitée avec l'acide urique quand la réaction est acide ou par refroidissement. Cette substance n'a pas encore pu être obtenue cristallisée. Après acidification, on peut l'extraire de l'urine, par l'alcool amylique qui entraîne également l'urobiline, l'urobilinogène, la coproporphyrine et la bilirubine. On arrive à se débarrasser de la plupart de ces corps par traitement de l'extrait au moyen d'acide phosphorique dilué. L'analyse a permis à W. de reconnaître au produit ainsi obtenu, aussi pur que possible, la composition suivante: C=20,80 pour 100; H=4,56 pour 100; N=16,90 pour 100; cendres=17,70 pour 100.

Une solution pure présente une couleur rouge orangé et le spectre donne une bande mal limitée allant de 525 à 540 $\mu\mu$ et une autre vers le bleu entre 500 et 490 $\mu\mu$. Cette substance est très difficile à doser par la spectrométrie. Pour obtenir des résultats, il faut parfois procéder à dix traitements successifs par l'acide phosphorique.

Il s'agit là d'une substance ayant pour origine le métabolisme endogène. Jusqu'ici cependant, son existence dans le sérum sanguin n'a jamais été démontrée avec certitude. Il est possible cependant qu'elle s'y trouve. Par contre, elle n'existe certainement pas dans la bile dont l'alcalinité n'est pas suffisante pour détruire l'uroérythrine. Cette substance augmente un peu comme l'urobiline en cas d'affections cardio-pulmonaires, de troubles circulatoires, de stase biliaire, de processus inflammatoire ou destructeurs dans le foie. On pourrait donc admettre que le foie joue pour l'uroérythrine le même rôle central que pour l'urobiline. Cependant, tandis que la seconde arrive au foie par la veine porte, la première arriverait par l'artère hépatique et serait en grande partie détruite dans le foie. En cas d'insuffisance de fonctionnement hépatique il en arriverait une certaine proportion dans les reins qui l'élimineraient par l'urine. En tout cas, c'est dans l'ictère mécanique récent et dans la cirrhose du foie que la concentration de l'uroérythrine est au maximum. Le taux atteindrait alors 80 milligr. par jour. En cas d'ictère prolongé, le taux d'abord élevé ne tarde pas à diminuer.

On n'arrive pas à mettre l'existence de l'uroérythrine en relation avec aucun processus du métabolisme et spécialement pas avec l'hémolyse. La coloration jaune prise par le sérum chez les chiens après hépatectomie n'est due que pour une petite part à la bilirubine. Pour la plus grande part, elle est due à une substance désignée par Thannhauser sous le nom de xanthorubine dont les propriétés sont très analogues à celles de l'uroérythrine mais non pas à celles de la bilirubine. Dans ces conditions, il y aurait lieu, d'après W., de considérer d'abord que la production de l'uroérythrine est en relation avec un phénomène physiologique qui nous est encore complètement inconnu et qu'elle est identique à la xanthorubine.

P.-E. Morhardt.

Erling Skouge. *La question de la mort subite dans le bain* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 2, 28 Décembre 1934, p. 151-157). — S. donne l'observation d'une jeune fille de 16 ans, nageuse passionnée qui, en 1931, au cours d'un bain, éprouva de la pesanteur dans les membres, une sensation de compression aux tempes et un état syncopal. Elle parvint à gagner la plage où elle tomba sans connaissance. Au réveil, elle remarqua une sensation de prurit et constata une éruption ressemblant, d'après sa description, à un exanthème urticarien. Elle recommença l'expérience quinze jours plus tard et ressentit les mêmes symptômes, parvint à gagner la plage où elle fit une syncope au cours de laquelle on la crut morte. A son réveil, l'exanthème avait disparu. Pendant quelques semaines il fut constaté que le simple lavage des mains dans l'eau ordinaire froide déterminait de l'urticaire. Mais elle put néanmoins nager pendant l'hiver dans une piscine et ne ressentit plus rien pendant les années suivantes. Mais, en 1933, les symptômes reparurent quand elle prit des bains et, de plus, le fait de plonger un membre dans l'eau froide déterminait du gonflement et faisait apparaître une teinte cireuse exactement jusqu'au niveau atteint par l'eau. Dans un cas même, une expérience de ce genre détermina du collapsus.

L'examen clinique de cette jeune fille ne révéla rien d'anormal.

S. qui s'occupe d'iontophorèse histaminique depuis 2 ans fut frappé au cours des recherches qu'il pratiqua chez cette malade, par l'analogie qui existe entre les effets chez elle, de l'eau froide et ceux d'une application d'histamine: rougeur par dilatation des capillaires cutanés, papule par augmentation de la perméabilité des parois vasculaires, zone marginale réflexe par dilatation des artérioles voisines. Il a d'ailleurs été constaté que le froid a une action non seulement locale, mais générale (tremblement, douleurs de tête, etc.) qui n'apparaît pas si la circulation du membre soumis au froid est arrêtée par un lien constricteur. Ainsi, le froid détermine l'apparition d'une substance analogue à l'histamine ou à la substance H de Lewis. S. a donc été amené à étudier comparativement chez cette malade respectivement l'action du bain

froid et celle de 2 centigr. d'histamine en injection sous-cutanée. Il a été constaté ainsi que soit sur la pression sanguine, soit sur l'hémoglobine, soit sur les globules rouges, soit enfin sur la production de HCl par l'estomac les effets sont absolument identiques.

Il y a lieu de remarquer également qu'un traitement par irradiation aux rayons ultra-violets augmente la sensibilité à l'eau froide, vraisemblablement parce que ces radiations transforment une grande partie de l'histidine de l'épiderme en histamine, comme Ellinger l'a montré. On s'explique également que la malade soit beaucoup plus sensible à l'eau froide en été qu'en hiver.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Tubingen)

Horsch. ***Fonctionnement du cœur après suture précoce pour plaie cardiaque*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **160**, n° 2, Août 1934, p. 132-137). — Il s'agit d'un malade de 24 ans, opéré il y a 2 ans par Rehn d'une plaie cardiaque par coup de couteau. R. intervint par section du sternum et du 5e cartilage costal; il découvrit sur la paroi antérieure du ventricule droit une plaie transversale de 2 cm. de long qui fut suturée par plusieurs points de catgut. 4 semaines après, le blessé quittait la clinique après avoir présenté, dans les suites opératoires, une température à 39°4, et une accélération du pouls (140 pulsations à la minute). 6 mois après, il avait repris toutes ses occupations normales.

Le blessé, revu 2 ans après, ne présente aucun signe d'insuffisance cardiaque: ni hépatomégalie, ni œdème; le pouls bat à 90; la tension est normale et l'électrocardiogramme pratiqué ne montre (ainsi qu'en témoignent les courbes publiées par H.) aucune trace d'altération du myocarde.

J. Sénèque.

Nicolaus. ***Résultats du traitement chirurgical dans les fractures de jambe et les fractures de l'avant-bras*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **160**, n° 3, Septembre 1934, p. 268-290). — N. publie les résultats du traitement sanglant pour les fractures de jambe et de l'avant-bras traitées dans le service de Kappis.

I. *Fractures de jambe.* — Sur 280 cas de fractures récentes de jambe, l'ostéosynthèse a été appliquée 60 fois seulement soit: 21,4 pour 100 des cas. Dans 19 cas, il s'agissait de fractures compliquées.

La fracture siégeait: 48 fois au tiers inférieur de la jambe, 9 fois à la partie moyenne, 3 fois au tiers supérieur.

Sur 41 cas de fractures fermées traitées par ostéosynthèse on a observé trois fois des complications infectieuses: 2 cas de complications superficielles d'infection des parties molles; 1 cas d'infection métastatique par suite d'une angine.

Sur 36 blessés, revus à distance, on note 32 résultats très bons, cliniquement et radiographiquement; 4 résultats bons (3 cas avec légère limitation des mouvements du pied, 1 cas avec un léger valgus).

Dans tous ces cas, on a utilisé comme matériel les plaques de Lane.

Sur 19 fractures compliquées (5 par traumatisme indirect; 14 avec grosses plaies des parties molles), on a eu 9 complications post-opératoires. Dans ces cas, l'intervention avait consisté en une intervention de nettoyage des parties molles, suivie d'ostéosynthèse, laissant chaque fois que cela paraissait justifié la plaie complètement ouverte avec un tamponnement des parties molles. La plaque doit, bien entendu, toujours être enlevée secondairement.

Sur 17 blessés revus, parmi les 5 qui présentaient une fracture ouverte de cause indirecte, on note 4 résultats très bons et 1 bon. Sur les 14 blessés qui présentaient des lésions importantes des parties molles au voisinage de la fracture, 12 ont pu être revus: 3 résultats très bons, 3 bons, 3 satisfaisants, 3 défectueux.

II. *Fractures de l'avant-bras.* — Sur 257 cas de fractures de l'avant-bras, 51 ont dû être opérés; 7 d'entre eux étaient compliqués.

35 fois, il s'agissait d'une fracture des 2 os; 12 fois, la fracture siégeait sur le radius seul dont 7 cas de fracture typique; 4 fois, il s'agissait d'une fracture isolée du cubitus.

L'intervention a consisté: 35 fois en une reposition sanglante, 5 fois en une extension sur l'os, 11 fois en une ostéosynthèse avec plaques de Lane.

Les résultats éloignés sont les suivants:

Reposition sanglante: 29 cas revus dont 21 très bons résultats, 2 bons, 5 satisfaisants, 1 défectueux.

Extension osseuse: 4 cas revus: 2 très bons résultats, 2 bons.

Ostéosynthèse: 11 cas revus: 6 très bons résultats, 2 bons, 3 résultats défectueux.

J. Sénèque.

Dick. ***Sur les rétrécissements inflammatoires du rectum*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **160**, n° 3, Septembre 1934, p. 303-336). — Ce travail comprend deux parties distinctes: une étude étiologique et pathogénique, une étude thérapeutique.

Au point de vue étiologique et pathogénique. — Sur 58 cas de lésions inflammatoires rectales observées à la clinique de Schloffer, on a pu retrouver 17 malades chez lesquels on a pu pratiquer les réactions de Frei, de Wassermann, d'Ito-Reenstierna et rechercher la gonococcie.

La réaction de Frei a été 15 fois positive, la réaction de Wassermann 10 fois, la réaction d'Ito-Reenstierna 3 fois, le gonocoque a été retrouvé 1 fois.

Dans 1 cas seulement les 4 réactions ont été positives.

D. discute alors le rôle de la maladie de Nicolas-Favre et celui des autres infections, la porte d'entrée, les voies de l'infection, toutes notions actuellement bien connues, sans rien y ajouter de nouveau.

Au point de vue thérapeutique. — Le traitement médical peut être employé au début, quand la sténose n'est pas encore établie.

Au deuxième stade, c'est le traitement par les dilatations (dont D. a signalé les dangers et les accidents dans un article que nous avons analysé ici même), la diathermie. Celle-ci a donné dans 3 cas une grande amélioration momentanée, et, à plusieurs mois de distance, les lésions de sténose ont fait leur apparition.

Les rectotomies n'ont jamais été utilisées. Dans 16 cas, il a fallu procéder à l'établissement d'un anus iliaque, mais cette intervention n'empêche pas, en fin de compte, l'aggravation progressive de l'état général: sur les cas colostomisés, on note 9 morts, de 3 à 9 ans après l'établissement de l'anus. Dans un cas, il y eut transformation néoplasique du rétrécissement: 2 malades n'ont pas été retrouvés; 5 malades sont encore vivants; 1 est dans un état très grave; 1 autre présente une destruction de la cloison recto-vaginale; un troisième une fistule recto-vaginale; le quatrième est dans un état cachectique.

L'examen à distance de ces malades ayant subi un anus iliaque est un point très intéressant de ce travail, car il montre là encore les très mauvais résultats éloignés après cette intervention

La rectosigmoïdotomie a été essayée une fois sans résultat; l'entéroanastomose a été atteinte par le processus sclérosant et on dut la dilater; finalement la malade est morte d'un abcès cérébral métastatique.

Le traitement radical a été tenté 9 fois:

3 résections avec 2 morts, et une récidive.

6 amputations avec 1 mort dans les suites opératoires (érysipèle de la face), trois malades ont survécu: un cas date de 20 ans, un cas de 2 ans, le troisième de quelques mois seulement.

Deux malades n'ont pas été retrouvés.

L'auteur reconnaît les mauvais résultats du traitement chirurgical; cependant étant donné ce qu'il a pu observer à distance chez les autres malades colostomisés il conclut à l'indication de l'exérèse, à l'*extirpation* qui est moins grave que la résection et expose moins à la récidive.

Soulignons cependant que sur les 6 malades ayant subi l'amputation du rectum, *un seul cas* peut être considéré comme guéri, les survies dans les deux autres observations étant trop récentes pour que l'on puisse en tenir compte.

J. Sénèque.

LE SCALPEL (Bruxelles)

Meyer (Strasbourg). ***Aspect radiologique des mycoses osseuses*** (*Le Scalpel*, t. **87**, n° 42, 20 Octobre 1934, p. 1404-1473). — M. a très justement observé que bien souvent le diagnostic d'ostéo-arthrites tuberculeuses ou de tuberculoses juxta-articulaires était posé uniquement sur l'aspect clinique et radiologique, sans contrôle anatomo-pathologique ni bactériologique. Or, poser le diagnostic de tuberculose osseuse ou ostéo-articulaire, sans en avoir la confirmation par la recherche des bacilles de Koch, c'est s'exposer à de fréquentes erreurs de diagnostic, en ce qui concerne les *mycoses*.

Dans ce travail M. publie 8 observations inédites (dont 3 avec les radiographies et 2 parues dans les périodiques étrangers) dans lesquelles l'erreur de diagnostic avec la tuberculose aurait très bien été commise si des examens de laboratoire n'étaient venus affirmer que l'on se trouvait en présence de mycoses.

Il essaye alors de dégager (ce qui paraît difficile) un type radiologique spécial aux mycoses osseuses.

On trouve un foyer de destruction nettement limité dont la grandeur varie de celle d'une lentille à celle d'une cerise. Ce foyer est d'habitude de forme ronde ou légèrement ovale; dans son centre se dessine quelquefois une petite tache d'os plus dense. Fait essentiel, l'os, qui entoure ce foyer, n'est généralement pas décalcifié, mais au contraire hypercalcifié et plus dense, plus opaque aux rayons X. Enfin, la réaction périostique est exceptionnelle dans les mycoses osseuses primitives.

Toutefois, quelle que soit l'importance de la radiographie, M. reconnaît qu'elle ne peut fournir qu'un diagnostic de probabilité, et seul l'examen bactériologique permettra d'affirmer le diagnostic de mycose.

J. Sénèque.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA (Montréal)

A. Marin. ***Acné et Rayons X*** (*L'Union médicale du Canada*, t. **44**, n° 3, Mars 1935, p. 231-237). — Pour le traitement local, externe de l'acné, la radiothérapie est un des moyens les plus efficaces. Les courants de haute fréquence n'ont que peu d'action et les rayons ultra-violets dont le pouvoir de pénétration est nul ont un effet encore moindre.

Les rayons X, bien maniés, sont d'une innocuité parfaite. Avec de petites doses convenablement espacées, la radiodermite est exceptionnelle. Sur 213 cas d'acné vulgaire traités par cette technique depuis 1928, on n'a noté aucun accident immédiat ou éloigné.

Après la guérison, les cicatrices anciennes subsistent et semblent plus nombreuses et plus appa-

rentes. Il ne faut pas les mettre à la charge de la radiothérapie. Le meilleur moyen d'éviter cet ennui indélébile, c'est de guérir de bonne heure le malade. 5.330 traitements radiothérapiques pour dermatoses diverses, depuis 7 ans, n'ont provoqué aucun désagrément et permettent de dire que la radiothérapie cutanée n'est pas nocive.

Sur 244 acnéiques, soumis à ce traitement, 147 ont guéri en moins de 4 mois (60 pour 100), 84 en moins de 6 mois (5 pour 100). 13, soit 5 pour 100, n'ont pas été améliorés. Avec les autres méthodes, on n'obtient pas en général un tel pourcentage de réussites.

Les récidives sont plus fréquentes chez les jeunes sujets; au-dessus de 25 ans, elles ne se produiraient que dans 7 pour 100 des cas. Elles sont cependant plus fréquentes que chez les malades non irradiés.

Les photographies de 5 acnéiques illustrent cet article et montrent la valeur de cette méthode pour le traitement local de l'acné. Elle ne doit pas, bien entendu, faire négliger les prescriptions d'ordre général, hygiéniques et diététiques.

Robert Clément.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

R. I. Doreman, T. F. Gallagher et **F. C. Koch.** ***Nature de la substance œstrogène trouvée dans l'urine masculine humaine et dans le testicule du taureau*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 1, Janvier 1935, p. 33-41). — Le testicule du taureau et l'urine masculine humaine renferment une substance déclenchant le rut chez les femelles.

D., G. et K. ont essayé de caractériser cette propriété œstrogène de l'urine masculine humaine au moyen de recherches biologiques quantitatives comparées faites avec un extrait benzénique de l'urine, repris par l'éther qui, par évaporation, donne une huile brunâtre, et avec des doses équivalentes en unités-rat de théeline et de théélol (hormones sexuelles féminines qui déclenchent le rut). Ils ont jugé les effets produits chez les rates impubères se traduisant par l'hypertrophie de l'utérus et les modifications de l'orifice vaginal. La dose œstrogène choisie était de 0,01 à 0,3 unité-rat. Le produit actif était injecté quotidiennement pendant 5 jours; l'utérus et le vagin étaient observés le sixième jour, 161 rates, âgées de 25 jours, furent utilisées.

D., G. et K. ont constaté une différence marquée entre les effets quantitatifs du théélol et de la théeline. Le premier produit une modification plus grande de l'orifice vaginal, tandis que la seconde détermine une hypertrophie bien plus considérable de l'utérus.

La substance œstrogène contenue dans l'extrait benzénique total de l'urine masculine normale, diffère du théélol et de la théeline quant à son action sur l'hypertrophie de l'utérus et aux modifications de l'orifice vaginal. Par contre, la substance œstrogénique contenue dans la fraction soluble dans les alcalis de l'extrait benzénique total donne des réactions biologiques identiques à celles de la théeline, tandis qu'elles diffèrent de celles données par le théélol.

La substance œstrogène, contenue dans la fraction soluble dans les alcalis, administrée en même temps que la théeline, renforce l'action des deux produits sur l'utérus et le vagin à la fois. Cette substance n'est ni de la théeline ni du théélol.

P.-L. Marie.

W. L. Brosius. ***Observations cliniques sur les effets des substances agissant comme des hormones anté-hypophysaires (Antuitrine S) sur le testicule*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 1, Janvier 1935, p. 69-76). — B. a étudié les effets sur le testicule humain de l'extrait d'urine de femme enceinte qui présente des propriétés analogues à celles des hormones anté-hypophysaires. Il a pu constater que cet extrait stimule chez l'homme la spermatogénèse et hâte la descente des testicules.

Dans un cas d'azoospermie, les spermatozoïdes apparurent après l'injection de cet extrait. Ce cas est suivi depuis 3 ans; l'augmentation et la diminution des spermatozoïdes, ainsi que leur mobilité, se montrent parallèles à l'intensité du traitement. Si on le suspend pendant 2 mois, les spermatozoïdes deviennent immobiles et se raréfient. Au bout d'un mois de traitement, à raison de deux injections intramusculaires par jour, ils doublent de nombre et, au bout de 2 mois, sont 8 fois plus nombreux, tandis que la plupart ont recouvré leur mobilité.

Dans 5 autres cas d'azoospermie, les sujets reçurent 1 à 2 cmc d'extrait, 2 à 4 fois par semaine, pendant 5 à 21 semaines. Dans 1 cas, des spermatozoïdes non mobiles apparurent; dans 2 cas, le testicule augmenta de volume et l'un de ces sujets vit cesser son impuissance consécutive à une orchite ourlienne. Dans 2 cas, on n'obtint aucun résultat.

Chez 5 sujets à spermatozoïdes immobiles ayant reçu 1 à 2 cmc d'extrait 2 fois par semaine pendant 5 à 12 semaines, la mobilité apparut dans 2 cas; un autre patient put avoir un enfant. Dans 2 cas, le résultat fut insignifiant ou nul. Un patient qui avait un nombre moyen de spermatozoïdes, dont quelques-uns seuls avaient des mouvements peu actifs, après quelques semaines de traitement, présentait des spermatozoïdes très nombreux et très mobiles. Chez un impuissant présentant de l'atrophie testiculaire bilatérale et peu de spermatozoïdes mobiles, le traitement détermina une augmentation du volume et de la consistance des testicules et l'impuissance disparut.

Chez 9 garçons cryptorchides de 3 à 15 ans, les injections, faites à la dose de 1 à 3 cmc., à raison de 1 à 3 par semaine, avec adjonction d'opothérapie thyroïdienne dans 5 cas, provoquèrent la descente complète du testicule chez 6 sujets et partielle chez 2. Il y eut un seul échec. On en nota un autre chez un homme de 38 ans atteint de nanisme hypophysaire.

P.-L. Marie.

J. S. Snow et **R. W. Whitehead. Rapports entre l'hypophyse et la croissance des poils chez le rat albinos** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 1, Janvier 1935, p. 88-96). — Comme l'établissent les recherches de S. et W., l'hypophyse exerce une influence nette sur le développement des poils chez le rat albinos.

Le temps moyen demandé pour le développement complet du revêtement pileux des surfaces rasées fut de 33 jours chez une série de rats privés d'hypophyse, tandis que chez les témoins de même âge il ne faut que 28 jours. L'injection quotidienne d'extrait anté-hypophysaire promouvant la croissance (Phyone) rétablit la vitesse normale de croissance des poils chez les animaux hypophysectomisés.

Les dimensions microscopiques des racines et des tiges des poils chez les rats hypophysectomisés se montrèrent notablement plus faibles que celles des témoins, alors que ces dimensions étaient normales chez les rats soumis aux injections.

Le poids des poils des rats hypophysectomisés par centimètre carré était inférieur de 30 pour 100 au poids normal; chez les rats opérés et soumis aux injections il dépassait la normale de 27 p. 100.

On nota histologiquement de l'atrophie de la peau chez les animaux hypophysectomisés. Elle reprit sa structure normale presque complètement à la suite de l'administration d'extrait anté-hypophysaire de croissance et on put constater la présence de tissu conjonctif jeune autour des follicules pileux.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

S. J. Fogelson. ***Une enquête sur les résultats du traitement de l'ulcère d'estomac par la mucine gastrique*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 1, Janvier 1935, p. 7-16). — Pour apprécier impartialement les résultats du traitement de l'ulcère d'estomac par la mucine gastrique qu'il a préconisé en 1930, F. a mis libéralement de la mucine à la disposition des praticiens et leur a demandé de répondre à un questionnaire approprié.

Les réponses fournies concernant 494 ulcéreux ont montré que la mucine a été capable de faire disparaître tous les symptômes chez 70 pour 100 des malades, de les soulager partiellement chez 23 pour 100, tandis qu'il n'y avait un échec que chez 6 pour 100.

Parmi 217 patients atteints d'ulcères rebelles à tout traitement médical, dont 69 avaient déjà subi des interventions chirurgicales, la mucine procura un soulagement complet chez 63 pour 100, et un soulagement partiel chez 29 pour 100; elle resta inefficace chez 7 pour 100. Les résultats obtenus dans ce groupe d'ulcères plaident éloquemment en faveur du traitement par la mucine gastrique.

Etant donné le temps d'observation limité (six mois à trois ans), on ne peut encore être fixé sur la permanence des résultats obtenus.

P.-L. Marie.

W. R. Jordan et **H. Crabtree.** ***Paralysie de la vessie dans le diabète*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 1, Janvier 1935, p. 17-25). — J. et C. relatent 7 cas de paralysie vésicale survenue chez des diabétiques en dehors de toute étiologie connue, sénilité, obstruction mécanique, dégénérescence combinée de la moelle, syphilis, etc. Comme il existait quelques symptômes de névrite diabétique, modifications des réflexes, paresthésie, etc., chez 6 d'entre eux, J. et C. rattachent la paralysie à cette névrite. Le diabète influencerait les nerfs vésicaux comme il le fait souvent pour ceux des membres inférieurs.

Le traitement est celui du diabète (régime approprié, riche en vitamines, etc.). Localement on veillera à prévenir ou à traiter l'infection urinaire éventuelle et l'on fera au besoin le cathétérisme en cas de rétention pour empêcher l'urémie de s'installer.

Le pronostic est défavorable; 3 des 7 malades sont décédés; aucun n'a pu de nouveau vider complètement sa vessie. Toutefois l'urée sanguine s'est maintenue à un taux raisonnable et la santé générale des survivants est assez bonne.

P.-L. Marie.

C. N. Kavanaugh. ***A propos de 123 cas de tularémie, dont un avec autopsie*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 1, Janvier 1935, p. 52-60). — La tularémie est une infection du lapin, propre aux Etats-Unis, transmise à l'homme par une tique, *Dermacentor Andersoni* ou *D. variabilis*, quelquefois par diverses mouches piqueuses. K. a eu l'occasion d'en observer 123 cas, dont un a pu être autopsié.

Après avoir rappelé les notions essentielles concernant l'épidémiologie et la bactériologie de l'affection, ainsi que ses lésions qui simulent macroscopiquement et histologiquement celles de la tuberculose, K. résume les caractéristiques cliniques de ses cas et propose une nouvelle classification que voici : 1° Tularémie cutanée primitive (T. ulcéro-ganglionnaire) dont la lésion initiale est une papule cutanée, se transformant en ulcération accompagnée d'adénopathie régionale. Rarement, la lésion cutanée peut faire défaut, mais on trouve alors l'adénopathie. 2° Tularémie oculaire primitive (T. oculo-ganglionnaire), où la lésion primitive est une conjonctivite qui s'accompagne d'adénopathie régionale. 3° Tularémie cryptogénétique (forme typhoï-

de), où *Bact. tularense* pénètre dans l'organisme sans causer de lésion locale. Cette forme se rencontre d'ordinaire chez le personnel des laboratoires.

La durée de l'incubation put être précisée dans 58 cas; elle fut de 4 jours 1/2.

Bien que la maladie soit très variable dans ses manifestations locales, le mode de début et la réaction générale sont les mêmes. Le début est brutal, marqué par des frissons, de la céphalalgie, des vomissements, des sueurs, de la courbature, de la prostration et de la fièvre. Pendant la période d'état qui dure 2 à 3 semaines, on retrouve les mêmes symptômes, associés à du délire et de la stupeur dans les cas sévères. Dans la tularémie cutanée primitive apparaît une papule douloureuse et dans les 36 à 48 heures suivantes, les ganglions deviennent sensibles et augmentent de volume. On peut trouver des traînées de lymphangite douloureuse. Dans la forme oculaire, la localisation primitive se fait au niveau du sac conjonctival, sous forme d'une conjonctivite aiguë, avec du chémosis, du gonflement des paupières et des nodules jaunâtres discrets sur la conjonctive palpébrale. Presque simultanément les ganglions régionaux, et même les ganglions axillaires dans les cas graves, s'enflamment. La conjonctivite reste à l'état aigu pendant près de 3 à 5 semaines, puis rétrocède.

K. insiste sur les manifestations pulmonaires qui se montrèrent dans 16 cas et sont dues à la dissémination hématogène de l'affection. La lésion essentielle est un foyer de nécrose entouré d'une zone de bronchopneumonie. Dans la forme cryptogénétique, le début peut se faire par des signes pulmonaires. L'évolution peut être foudroyante. La mortalité a atteint 25 pour 100. Dans 6 cas, on a noté de la pleurésie.

Chez 5 malades, les symptômes abdominaux prédominèrent dès le début et on crut dans un cas à une appendicite. Dans un autre, on constata une péritonite. Chez 5 malades, on nota une splénomégalie accusée avec périsplénite.

La tularémie oculaire primitive peut se compliquer. Signalons 1 cas d'atrophie optique avec cécité et 1 cas de dacryocystite.

Chez 4 malades, une adénite cervicale fut la seule manifestation extérieure de la maladie.

K. donne une description détaillée et illustrée des accidents cutanés: papule, lésions nécrotiques, éruptions diverses très polymorphes qui se manifestèrent chez 18 pour 100 des malades, nodules sous-cutanés.

La mortalité atteignit 4 pour 100 dans cette série de cas.

La prophylaxie consiste avant tout à éduquer le public. Il faut s'attacher à dépister précocement la maladie chez les rongeurs. Il est bon de manipuler les lapins dans les élevages avec des gants de caoutchouc. Le personnel des laboratoires est spécialement exposé à l'infection. La cuisson détruit l'agent infectieux. La vaccination permet de protéger ceux qui ont de fréquents contacts avec des animaux infectés.

Foshay semble avoir trouvé un antisérum curatif.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

Hans H. Reese, Murray Burns et Carol M. Rice. ***Traitement des myopathies primitives*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 33, n° 1, Janvier 1935, p. 19-29). — Les divers traitements employés dans les myopathies primitives ont donné jusqu'ici des résultats si décevants que certains auteurs ont essayé l'emploi du glycocolle.

Cet essai a pour base la constatation suivante, que chez des sujets normaux la créatinine ingérée est retenue dans l'organisme, alors que chez les myopathiques elle passe en totalité dans les urines. Sa présence peut même être constatée alors que les sujets n'en ont pas ingéré. Les essais faits pour rechercher le rôle des amino-acides dans la production de la créatine ont montré que chez les myopathiques l'ingestion du glycocolle était suivie d'une excrétion de créatine.

L'ingestion quotidienne de glycocolle à la dose de 5 à 20 gr. ne détermine une augmentation de l'excrétion des créatines que pendant 2 à 8 semaines, après lesquelles le taux de la créatine dans les urines redevient normal, et l'excrétion de créatine est alors remplacée par celle de créatinine. En outre, on observe une amélioration de l'état des malades. Certains auteurs en ont conclu que le glycocolle jouait un rôle dans la physiologie musculaire et dans la genèse des myopathies.

R., B. et R. exposent ensuite la décomposition du phosphagène et le rôle de l'acide lactique dans la physiologie musculaire, et les déductions que l'on en peut tirer dans les dystrophies musculaires.

Du point de vue thérapeutique, R., B. et R. ont donné à leurs malades soit du glycocolle à la dose de 5 à 20 gr., soit de l'acide glutamique à la dose de 10 gr. avec examen quotidien des urines, de la créatine et de la créatinine en particulier. L'administration de glycocolle pourra être suspendue tant que persiste le taux normal de la créatinine dans les urines, mais quand celui-ci s'abaisse, l'administration de glycocolle devra être reprise.

Cliniquement, on note parfois une modification dans les paresthésies et les douleurs musculaires vagues, puis une amélioration se manifeste dans la fatigabilité musculaire, une augmentation de la force et du poids des masses musculaires. L'examen histologique a même montré à Reinhold une modification heureuse de leur structure, et aussi des examens chimiques.

H. Schaeffer.

CRONICA MEDICO-QUIRURGICA DE LA HABANA

P. Kouri, J. G. Basnuevo et R. Arenas (La Havane). ***Un nouvel emploi d'émétine en parasitologie*** (*Cronica Medico-Quirurgica de la Habana*, t. 60, n° 10, Octobre 1934, p. 427-430). — Le chlorhydrate d'émétine, si efficace contre l'amibiase hépatique et même intestinale (Rogers, Chauffard) et que Hutchinson a préconisé dans les bilharzioses, possède une réelle valeur thérapeutique dans la distomatose par *Fasciola hepatica*.

6 observations ont permis à K., B. et A. de vérifier l'action vraiment spécifique du chlorhydrate d'émétine sur *Fasciola hepatica*. Ils ont pu constater la disparition du parasite par des examens en séries de la bile prélevée dans le duodénum par tubage capillaire et les altérations des œufs du parasite trouvés dans cette bile.

L'action « fasciolicide » du chlorhydrate d'émétine paraît encore plus grande que celle de cette substance sur l'*Entamœba dysenteriæ:* Une dose d'un 1/2 centigr. par kilogramme est capable de guérir rapidement la distomatose.

Cette remarquable action thérapeutique ouvre de nouvelles voies à la prophylaxie de la distomatose hépatique. Mais l'émétinothérapie ne peut plus être considérée comme un traitement « pierre de touche » pour le diagnostic de l'amibiase.

Robert Clément.

IL POLICLINICO [Sez. chir.] (Rome)

Carlo Calef. ***L'influence de l'hormone prostatique sur la formation du cal osseux*** (*Il Policlinico* [*Sez. Chir.*], an. 41, n° 12, 15 Décembre 1934, p. 648-678). — Ce très important travail expérimental effectué sous la direction du prof. Dominici permet de retenir l'importance certaine que l'extrait prostatique possède sur la stimulation dans l'acte de régénérescence de l'os après sa résection expérimentale.

S'il n'apparaît avec évidence que la prostatectomie joue un rôle défavorable dans la constitution du cal osseux ou dans la progression d'une cicatrice osseuse après résection, il est par contre facile de se rendre compte que l'administration d'extrait prostatique (soit par injection directe dans le foyer de fracture, soit par voie entérale) stimule très activement la régénération du tissu osseux.

Marcel Arnaud.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Franchi. ***Sur un cas de paramétrite provoquée par le virus de la poradénie inguinale (maladie de Nicolas-Favre)*** [*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. 69, fasc. 6, Décembre 1934, p. 2003-2021]. — F. publie une très intéressante observation de cette forme clinique isolée en Allemagne par Barthels et Biterstein et décrite pour la première fois en France par Ravaut, Sénèque et Cachera.

Il s'agit, dans ce cas, d'une femme de 28 ans, qui a présenté jadis un chancre syphilitique; elle a contracté également une blennorragie pour laquelle elle a été traitée et présente des lésions de salpingite bilatérale à prédominance gauche.

On ne retrouve dans les antécédents aucune adénopathie inguinale; le toucher rectal est négatif et de même tous les examens de laboratoire sauf une cuti-réaction à la tuberculine qui est légèrement positive et une réaction de Frei qui se montre très fortement positive.

Etant donné la persistance des lésions annexielles, il fut nécessaire de recourir à l'intervention chirurgicale qui consista en l'ablation de la trompe et de l'ovaire gauches.

Dans la pièce opératoire prélevée, la recherche du gonocoque fut négative; l'examen histologique permit de retrouver les altérations anatomo-pathologiques typiques de la poradénie et surtout *un antigène préparé avec les tissus* prélevés se montra extrêmement actif, ce qui permit à F. de rapporter l'infection annexielle, présentée par cette malade, au virus de la maladie de Nicolas-Favre.

J. Sénèque.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG (Berne)

A. St. v. Mallinckrodt-Haupt. ***Le taux de la vitamine D dans les pommades à base de cholestérine*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. 4, n° 1, Janvier 1935, p. 1-39). — La lanoline du codex contient sûrement, en plus ou moins grande proportion, de la provitamine capable de se transformer en vitamine D douée d'un pouvoir antirachitique net qui se manifeste bien chez les animaux après administration à l'intérieur. Mais cette activité est modérée car si l'administration de 39 gr. de viguntol détermine des lésions viscérales sévères, par contre 43 gr. de lanoline irradiée ne détermine aucune calcification, mais simplement un renforcement des fibres élastiques et une dégénérescence débutante des fibres cardiaques. Avec une préparation contenant 5 pour 100 de cholestérine (encérine), les résultats n'ont pas été nets et les expériences doivent être renouvelées. Une autre préparation du même genre (leolan) n'a pas eu d'effet antirachitique.

La peau est également capable de résorber de la vitamine D contenue dans des pommades cholestériniques qui manifestent ainsi leur pouvoir antirachitique. Par cette méthode, il n'est pas possible de déterminer de dépôts calciques. Le vigantol est résorbé beaucoup mieux par la muqueuse intestinale que par la peau.

Il ne semble donc pas y avoir lieu de craindre des altérations par hypervitaminose D à la suite de l'usage de pommades riches en cholestérine.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

A. Bessemans, J. Van Hée et **J. Van Haelst.** ***Recherches expérimentales sur l'infectiosité spécifique des ganglions de l'aine chez les paralytiques généraux avant et après des tentatives d'activation locale ou de surinfection*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **54**, n° 3, Mars 1935, p. 282-298). — Les greffes au lapin de ganglions inguinaux prélevés chez 8 paralytiques généraux avant et après des inoculations cutanées tendant à provoquer des phénomènes d'activation, des greffes analogues au cobaye et à la souris, n'ont pas permis de démontrer l' « infectiosité spécifique » des ganglions inguinaux.

Diverses inoculations cutanées pratiquées en vue d'une activation ganglionnaire chez ces mêmes malades n'ont conduit qu'à des échecs.

En se plaçant dans les mêmes conditions expérimentales que Prigge et Rutkowski et avec d'autres techniques, B., H. et H. ont constaté qu'en essayant de surinfecter les paralytiques généraux par scarification cutanée au moyen, soit d'une souche syphilitique entretenue sur le lapin (3 cas), soit d'une souche tréponémifère, fraîchement prélevée dans leur propre encéphale (1 cas) ou dans celui d'un autre sujet (1 cas), il ne survient aucune manifestation spécifique, ni à l'endroit de l'inoculation, ni ailleurs.

Ils n'ont pas davantage confirmé le fait que le virus de l'essai de surinfection pourrait, malgré l'absence d'action chancrigène, envahir et rendre virulents les ganglions satellites de la zone inoculée.

Robert Clément.

M. Ronse. ***Contribution à l'étude du typhus exanthématique*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **54**, n° 3, Mars 1935, p. 341-382). — Le virus du typhus exanthématique peut infecter d'autres rongeurs que les rats. On a réussi notamment des inoculations aux souris grises, aux souris naines, aux campagnols, aux lérots et aux mulots. Les diverses espèces de rongeurs soumis à l'expérimentation se sont comportés assez différemment et leur réceptivité au virus n'est pas proportionnelle à leur parenté zoologique avec les rats. Ce n'est que chez les rats, les souris naines et les campagnols que l'on a pu noter des symptômes imputables à la maladie.

Le virus du typhus exanthématique peut se développer aussi chez les animaux qui n'appartiennent pas à l'espèce des rongeurs. On a pu infecter des hérissons et des pigeons. En dehors de l'infection par l'intermédiaire des ectoparasites, ces animaux peuvent contracter la maladie par voie digestive en ingérant leurs parasites infectés, ou en dévorant les cadavres d'animaux morts du typhus. Les contaminations par cette voie sont moins graves que celles par inoculation. Les animaux ainsi infectés peuvent propager la maladie plus loin et plus longtemps, car ils ne sont nullement entravés dans leur activité et le virus ne subit aucune atténuation de virulence du fait de son passage par les voies digestives.

Sans dénier aux Rickettsia la signification étiologique qu'on leur attribue, leur recherche ne constitue pas un critère de valeur absolue pour dépister la présence du virus chez les animaux. Chez nombre de rongeurs sûrement infectés, les méthodes de coloration utilisées pour leur recherche ne permirent pas de les mettre en évidence. Les produits pathologiques filtrés, et de ce fait débarrassés de leurs Rickettsia, conservent leur pouvoir infectant. Il en est de même de la réaction de Weil-Félix.

R. n'a pu cultiver le virus du typhus en suivant la technique indiquée par Silver et Dossière.

L'immunité qui suit l'infection typhique met les animaux à l'abri de nouvelles infections durant une assez longue période.

Le solganal B et le 386 B. « Bayer » actifs à l'égard des Bartonella (ressemblant aux Rickettsia) n'ont guère influencé les infections typhiques. Leur action s'est réduite à une certaine atténuation des manifestations consécutives à l'infection expérimentale, sans modifier le pouvoir pathogène du virus.

Robert Clément.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

L. Marchand et **A. Courtois.** ***L'encéphalite psychosique aiguë hémorragique*** (*Annales Médico-psychologiques*, Année **92**, t. 2, n° 3, Octobre 1934, p 359-383). — L'hémorragie cérébrale peut revêtir une forme discrète, par extra-vasation et diapédèse. De telles hémorragies surviennent dans des cerveaux déjà désorganisés; elles compliquent, en particulier, les encéphalites psychosiques.

M. et C. publient 2 observations d'accidents mentaux aigus, rappelant le délire aigu, terminés par la mort, dans lesquelles l'autopsie a montré des foyers hémorragiques cérébraux.

Situés électivement dans l'écorce, ils se caractérisent par un aspect marbré et friable de la substance cérébrale. Au microscope, les méninges apparaissent infiltrées de sang, les veines thrombosées et dissociées, les cellules névrogliques de la couche moléculaire hyperplasiées, les neurones déformés, leur noyau rejeté à la périphérie d'un cytoplasme homogène.

La thyroïde et l'hypophyse sont congestionnées.

Plusieurs mécanismes concourent à déterminer ces lésions: phlébite toxi-infectieuse des veines méningées, thrombose et rupture des capillaires, ramollissement aigu du parenchyme.

Certaines hémorragies cérébrales secondaires aux maladies infectieuses, ou primitives, relèvent du processus de l'encéphalite hémorragique.

G. d'Heucqueville.

M. Desruelles, P. Léculier, M. Gardien-Jourd'-Heuil et **P. Gardien.** ***A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vagotonine*** (*Annales médico-psychologiques*, Année **92**, t. 2, n° 3, Octobre 1934, p. 398-414). — La vagotonine a été administrée, en injections sous-cutanées quotidiennes de 20 milligr., à des malades atteints d'anxiété idiopathique ou symptomatique de délire chronique.

Dans 8 observations rapportées, le traitement a déterminé une sédation nette de l'anxiété. Les réflexes oculo-cardiaques et solaires ont été étudiés systématiquement: l'excitabilité ortho-sympathique s'est abaissée constamment sous son influence.

Il est donc indiqué dans les anxiétés de formule sympathicotonique.

G. d'Heucqueville.

L'HYGIÈNE MENTALE (Paris)

P. Meignant. ***La politique sanitaire raciale et la loi allemande de stérilisation*** (*L'Hygiène mentale*, Année **29**, n° 9, Novembre 1934, p. 213-228). — Le national-socialisme allemand dérive de conceptions purement biologiques: en particulier le principe raciste, qui postule l'existence de *races humaines*, distinctes comme des races animales.

Il prescrit de recourir à des méthodes de sélection inspirées des méthodes des éleveurs. Un esprit analogue a donné naissance aux législations de l'Inde des castes, et même à celles de l'antiquité classique jusqu'au christianisme.

La politique raciale allemande vise d'abord à diminuer le nombre des sujets tarés, inutilisables pour la collectivité qui en supporte la charge. Leur proportion tend à s'élever, car les dégénérés procréent des dégénérés et procréent davantage que les sujets normaux.

Elle propose, comme remède héroïque, la stérilisation des anormaux, que prescrit la loi du 14 Juillet 1933: M. en reproduit, analyse et critique les dispositions. En revanche, toute une législation favorise le développement des familles nombreuses saines.

G. d'Heucqueville.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Opitz. ***Lipémie importante d'origine inconnue chez un garçon de douze ans*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 3, 18 Janvier 1935, p. 88-89). — O. relate l'observation d'un garçonnet de 12 ans, de croissance déficitaire, qui se plaignait depuis 7 années de douleurs de tête et de ventre avec de temps à autre des vertiges; on notait des manifestations sub-ictériques transitoires et l'enfant présentait une répulsion nette vis-à-vis des aliments gras. Ce syndrome était apparu à la suite d'un traumatisme abdominal. L'examen organique révélait seulement une hypertrophie splénique, la rate débordant de trois travers de doigts. Dans le sérum la quantité de graisse était nettement augmentée, oscillant entre 11,74 gr. et 22,26 gr. pour 1.000; la cholestérine était normale.

L'étiologie de cet état demeure obscure; on ne constate aucun signe de diabète et les symptômes humoraux ne correspondent pas aux affections caractérisées par les troubles des échanges lipoïdiques: maladies de Gaucher, Niemann-Pick, Schuller-Christian, xanthomatoses multiples.

Burger et Grutz admettent que la lipoïdémie entraîne plus ou moins rapidement des modifications de la peau, des muqueuses et des viscères. Il est à remarquer cependant qu'aucune de ces manifestations n'est apparue chez le malade de O. malgré une évolution qui dure au moins depuis 7 ans.

G. Dreyfus-Sée.

Cürschmann. ***La morbidité par leucémie en particulier chez les sujets âgés*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 8, 22 Février 1935, p. 285-288). — L'ignorance actuelle des causes des leucémies rend intéressants tous les do-

cuments cliniques mettant en évidence des notions étiologiques concernant cette affection.

A la clinique de Rostock, le nombre des leucémies paraît particulièrement élevé. Depuis 9 ans, environ, 100 leucémies ont été traitées dans cet établissement. C. a été frappé par le pourcentage relativement élevé des leucémiques âgés : 27 de ses malades avaient 61 à 75 ans. Les formes lymphoïdes et myéloïdes surviennent de façon à peu près également fréquentes et l'on observe également des leucémies aiguës avec myéloblastes ou éléments lymphatiques. Parmi les leucémies myéloïdes prédominent les formes aleucémiques et subleucémiques.

On peut se demander d'où provient cette fréquence inaccoutumée des leucémies séniles. C. admet qu'elle est explicable en partie par le plus grand nombre de sujets allemands qui parviennent actuellement à un âge avancé. Il est possible aussi que le diagnostic de cette affection chez les vieillards soit fait plus fréquemment, car les leucémies chroniques et surtout aiguës peuvent aisément être méconnues à cet âge. Les diagnostics d'insuffisance cardiaque, de cancer latent, de cachexie ou de déchéance sénile, etc., masquent fréquemment des leucémies; il importe donc que les praticiens connaissent la relative fréquence des affections sanguines même chez les sujets âgés, afin de faire pratiquer chez eux les examens de sang qui permettent le diagnostic.

G. Dreyfus-Sée.

Hegler. *Dosage de l'alcool dans le sang par la méthode de Widmark* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 8, 22 Février 1935, p. 288-291). — Pendant trois années le dosage de l'alcool dans le sang a été pratiqué systématiquement chez tous les alcooliques dans une clinique de Hambourg : soit chez 1.000 malades. Dans les postes de police et dans les hôpitaux, un texte précis a été distribué donnant des indications sur la manière de prélever le sang et comportant un questionnaire sur l'état du malade.

Le règlement actuel de la circulation prévoit l'interdiction de conduire un véhicule automobile pour tout sujet qui se trouve sous l'influence de boissons enivrantes; or, il est souvent difficile de mettre en évidence l'intoxication alcoolique : l'odeur alcoolique de l'haleine peut tromper ainsi que l'examen neurologique; l'un des procédés, qui paraît le plus fidèle, consiste à faire composer rapidement un numéro de téléphone, mais de nombreux facteurs individuels peuvent intervenir sur les réactions d'un sujet vis-à-vis de l'alcool : âge, poids, habitude de l'alcool, alcool pris à jeun, plus ou moins rapidement et sous forme plus ou moins concentrée, etc.

A Hambourg, depuis Avril 1934, le règlement prévoit, dans tous les cas douteux amenés au poste de police après accident, que le sujet subira une prise de sang pour recherche de l'alcool. H. souhaite, d'ailleurs, que cet examen soit pratiqué non seulement sur le conducteur de la voiture ayant provoqué l'accident, mais également sur le piéton qui en a été victime. Une dizaine d'exemples montrent le mode de fonctionnement de cette épreuve et les résultats qu'elle fournit.

G. Dreyfus-Sée.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE

(Tübingen)

Melchior. *Volvulus du côlon transverse* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **160**, n° 6, Décembre 1934, p. 588-591). — Il s'agit d'un complément d'observation concernant un cas de volvulus du côlon transverse (cas publié en Mars 1930) et pour lequel on s'était contenté de pratiquer une détorsion suivie d'une colostomie, puis d'une iléostomie. La malade avait parfaitement guéri et l'absence de toute douleur dans les suites avait fait que l'on n'avait pas pratiqué ultérieurement une colopexie sur le côlon ascendant pour éviter la récidive.

Celle-ci s'est manifestée le 23 Octobre 1932 et M. a alors pratiqué la résection du côlon droit suivie d'iléo-transversotomie. Dans les suites opératoires qui furent mouvementées il fallut à nouveau pratiquer une entérostomie et la malade sortit une fois encore indemne; elle n'en avait cependant pas fini avec la chirurgie car six mois après elle fit une perforation d'un pyosalpinx avec péritonite purulente. L'intervention immédiate (M. ne dit pas laquelle) fut suivie de guérison.

J. Sénèque.

Szacsvay (Hongrie). ***Clinique des abcès sous-phréniques*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **160**, n° 6, Décembre 1934, p. 591-610). — Les abcès sous-phréniques ne s'observent plus guère à l'heure actuelle et ceci provient de ce que les affections susceptibles de se compliquer dans leur évolution d'abcès sous-phréniques sont immédiatement diagnostiquées et traitées. Quand il n'en est pas ainsi les abcès se manifestent à nouveau. Dans ces 4 dernières années l'auteur a eu l'occasion d'en observer 6 cas, dont 2 abcès sous-phréniques gauches, trois droits, un médian. Dans les deux premiers cas l'abcès était consécutif à une perforation d'un ulcère gastro-duodénal, dans le troisième cas il s'agissait d'un abcès résiduel dans l'évolution d'une péritonite généralisée; le quatrième cas était consécutif à une intervention gastrique; dans les deux derniers cas enfin l'étiologie ne put être découverte.

A propos de ces cas S. publie d'excellentes radiographies de pneumo-péritoine.

5 cas opérés ont guéri; dans 1 cas le malade a refusé l'intervention chirurgicale et est décédé après avoir quitté la clinique.

J. Sénèque.

Sommer. *Les altérations osseuses de l'articulation du coude provoquées par les instruments à air comprimé* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 1, Janvier 1935, p. 37-47). — Dans cet article S. attire l'attention sur les altérations osseuses qui peuvent se manifester au niveau de l'articulation du coude, chez les ouvriers qui manient de manière courante des appareils à air comprimé. D'après les travaux de Rostock, cette maladie professionnelle s'observerait dans 0,2 pour 100 des cas.

Il est très rare de voir ces lésions se localiser au niveau de l'épaule et de l'articulation acromio-claviculaire, très rarement aussi au niveau de l'articulation radio-carpienne; en règle c'est l'articulation du coude qui est atteinte.

Ces modifications peuvent se localiser sur la tête radiale, l'apophyse coronoïde ou l'extrémité inférieure de l'humérus au niveau des fossettes coronoïdienne ou olécranienne. S. publie une série de petits schémas exposant les diverses altérations osseuses qui peuvent conduire aux corps étrangers articulaires.

Il s'agit surtout d'un diagnostic radiographique, auquel il suffit de penser; cependant on peut faire l'erreur inverse : sur 40 cas observés par S., trois fois la maladie professionnelle n'était pas en cause : dans un cas il s'agissait d'une ostéochondrite typique, dans un autre cas d'une chondromatose du coude, dans le troisième cas enfin il s'agissait d'une fracture supra-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus.

J. Sénèque.

Mathias. *Au sujet du myélome* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 1, Janvier 1935, p. 79-88). — Après avoir rappelé l'historique, l'anatomie pathologique et la symptomatologie des myélomes, M. cite l'observation d'un homme de 65 ans qui présentait une tumeur osseuse au niveau du pariétal. Il fut impossible de déceler cliniquement une tumeur initiale ou une métastase. L'intervention chirurgicale pratiquée montra que la tumeur pariétale était adhérente à la dure-mère et il fallut enlever une partie de celle-ci pour pratiquer une exérèse plus complète. L'examen histologique a montré ensuite qu'il s'agissait d'un myélome typique. Il est à noter que la recherche de l'albumosurie de Bence-Jones pratiquée chez le malade fut négative.

Revu 18 mois après le malade est toujours bien portant et ne présente aucun autre foyer métastatique.

A propos de cette observation, M. insiste sur une forme particulière de myélomes qui contrairement à l'opinion classique ne donnerait aucune métastase, où l'albumosurie de Bence-Jones ferait défaut, et qui ne récidiverait pas après exérèse.

Il s'agirait en quelque sorte d'une affection primitive et localisée de l'os, que l'on pourrait rapprocher de certaines formes d'ostéite fibreuse localisée. Seule l'ostéite fibreuse généralisée, sous la dépendance d'une hypersécrétion des parathyroïdes, est mieux connue que cette variété de myélomes.

J. Sénèque.

Blümel. *Sur le traitement opératoire de la paralysie des cordes vocales* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 1, Janvier 1935, p. 103-107). — Dans les paralysies récurrentielles unilatérales, certains auteurs ont proposé des injections locales de paraffine dans le but de tendre la région où se trouve la corde paralysée. Ce traitement n'a guère séduit les chirurgiens; comme la suture des deux bouts du nerf récurrent sectionné n'est guère réalisable, Payr a eu l'idée d'introduire un petit fragment cartilagineux au contact de la région correspondant à la corde vocale paralysée, pour tendre cette région et rétrécir ainsi l'orifice laryngé.

C'est cette intervention qu'a exécutée B. chez une femme de 30 ans, opérée 9 ans auparavant pour un goitre exophtalmique. L'examen laryngoscopique pratiqué dans les suites opératoires montra une paralysie de la corde vocale gauche et l'altération de celle-ci était telle qu'il n'y avait pas de compensation possible par le côté opposé. L'intervention de Payr réussit parfaitement, malgré une légère laryngite dans les suites opératoires; la voix est plus claire qu'auparavant et la malade se déclare très satisfaite.

J. Sénèque.

Pich (Dortmund). ***Sur le phlegmon circonscrit du cæcum et son traitement*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 1, Janvier 1935, p 107-117). — De nombreux travaux ont dans ces dernières années attiré l'attention sur les états phlegmoneux circonscrits, non spécifiques du tractus intestinal.

Le siège le plus fréquent de ces phlegmons est la région cæcale et les derniers centimètres de l'iléon; en deuxième ligne viennent les localisations sur les coudes hépatique et splénique, enfin la région sigmoïdienne. La localisation sur l'intestin grêle est plus rare, mais cependant plusieurs cas ont été dans ces dernières années rapportés par les auteurs allemands.

A la clinique de Dortmund, quatre cas de phlegmons circonscrits du cæcum ont été observés dont l'auteur publie les observations :

1. — Homme de 39 ans, pris soudainement de douleurs abdominales dans la région sous-ombilicale droite. Température 37°6; pouls rapide; contracture abdominale. Diagnostic : appendicite A l'intervention, l'appendice est libre de toutes lésions inflammatoires; par contre la face antérieure

du cæcum se présente sous un aspect violet, œdémateux sur la longueur d'une paume de main. Appendicectomie; tamponnement de la zone œdématiée avec de la gaze iodoformée. Au dixième jour apparition d'une fistule stercorale que l'on fermera par une nouvelle intervention deux mois après. L'examen histologique de l'appendice a montré qu'il n'était le siège d'aucune altération.

II. — Homme de 26 ans présentant dans ses antécédents une syphilis correctement traitée; réaction de Wassermann négative. Présente depuis 48 heures des douleurs abdominales dans la région appendiculaire avec irradiations au niveau de la cuisse. Pas de vomissements, selles normales; température 38°2; pouls rapide; contracture abdominale. Diagnostic: appendicite. A l'intervention, l'appendice est adhérent, mais sans être enflammé; à deux centimètres et demi au-dessous de l'implantation de l'appendice le cæcum présente une zone inflammatoire de 4 cm. de long sur 1 à 2 de large. Appendicectomie; tamponnement de la région malade avec de la gaze iodoformée; drainage. L'examen histologique de l'appendice a montré que celui-ci était normal.

III. — Jeune fille de 20 ans; douleurs abdominales depuis 48 heures; température 38°1; pouls rapide; contracture abdominale droite. On n'est pas certain qu'il s'agisse d'une appendicite, mais comme les douleurs s'accentuent l'intervention est décidée.

L'appendice est normal, mais tout le cæcum est violacé, et les vaisseaux très dilatés; sur la partie latérale on constate l'existence de placards fibrineux. Appendicectomie et tamponnement à la gaze iodoformée. Au dixième jour l'examen génital a montré qu'il existe une annexite droite subaiguë avec augmentation de volume de l'ovaire droit, mais au bout de vingt jours ces lésions avaient complètement disparu.

IV. — Femme de 30 ans présentant depuis longtemps des douleurs abdominales à type occlusif; accentuation des douleurs depuis 24 heures. On sent dans la région iléo-cæcale une tumeur ayant les dimensions d'une noisette; le diagnostic clinique est difficile et on pense qu'il s'agit probablement d'une appendicite.

A l'intervention, l'appendice très long descend vers le petit bassin; à sa partie terminale, il présente les dimensions d'un petit doigt et paraît fortement distendu et épaissi. Cet épaississement cesse à 2 ou 3 cm. de l'implantation sur le cæcum.

En palpant le cæcum, on perçoit un épaississement de la région cæcale juste dans la région où s'implante l'appendice: on résèque le cæcum et l'appendice; guérison.

L'examen a montré l'existence d'un calcul stercoral dans l'appendice et plus loin l'appendice est plein de sérosité louche. La muqueuse cæcale est le siège de petits abcès multiples dont l'examen anatomo-pathologique confirmera l'existence.

Telles sont les 4 observations de valeur inégale à notre avis rapportées par P., car si, dans les 2 premiers cas, les lésions étaient purement et uniquement cæcales, il paraît dans le troisième cas s'être agi d'une annexite avec phénomènes inflammatoires cæcaux surajoutés, et, dans la dernière observation enfin, d'une appendicite indiscutable dont la guérison aurait très probablement été obtenue sans résection cæcale complémentaire.

J. Sénèque.

Fuss et **Leurs**. ***Au sujet de l'invagination intestinale*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 1, Janvier 1935, p. 117-129). — F. et L. publient la statistique des cas d'invagination intestinale observés à la clinique de Bonn, entre 1911 et 1933.

Ces cas sont au nombre de 35, dont 26 dans le sexe masculin et 9 dans le sexe féminin. 19 cas ont été observés dans le cours de la première année; 3 dans la seconde année; 4 dans la troisième; 9 fois, il s'est agi d'invagination chez des adultes.

L'étude de F. et L. porte essentiellement sur les 19 cas d'invagination du nourrisson. Cette affection s'observe avec un maximum de fréquence du mois de Mai au mois de Septembre, à cause des lésions d'entérite qui s'observent surtout pendant ces périodes.

En ce qui concerne la symptomatologie, les vomissements ont été notés dans 18 cas; les selles sanglantes 11 fois; la tumeur 10 fois (dans 5 cas, la tumeur a pu être perçue par le toucher rectal).

F. et L. considèrent que l'examen radiographique, à l'aide de lavement baryté, ne peut pas donner de renseignements très utiles dans l'invagination aiguë, et n'est indiqué que dans les invaginations chroniques. L'examen sans préparation a été pratiqué 5 fois et on a pu constater 3 fois des images en miroir sur l'intestin grêle et 2 fois les signes d'une forte distension gazeuse.

Les résultats opératoires sont fort mauvais: sur 19 cas opérés, on note 12 morts et 7 guérisons seulement. La désinvagination a été pratiquée 9 fois (7 guérisons, 2 morts), l'extériorisation 4 fois (4 morts), la résection 6 fois (6 morts).

Ces mauvais résultats proviennent essentiellement du fait que les nourrissons ont été amenés très tardivement, car 5 cas seulement ont été vus dans les 24 premières heures; et, sur ces 5 cas, 4 désinvaginations ont été suivies de guérison; dans 1 cas seulement, il a fallu réséquer, et le nourrisson est décédé.

J. Sénèque.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Wollnitza. ***Pyrétothérapie dans la gonorrhée de la femme*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 7, 16 Février 1935, p. 201-204). — W. rapporte les résultats obtenus dans le traitement de la blennorragie féminine par l'injection de divers médicaments élevant la température à 38°-40°.

45 malades furent traitées par les injections de gonargine à la dose de 10 à 100 millions de germes; on observa 56 pour 100 de récidives.

163 malades traitées par les injections de pyroprotine donnèrent 28,3 pour 100 de récidives.

180 malades furent traitées par l'association de gonoyatrène et de pyrifer; on n'observa que 16,8 pour 100 de récidives. Cette méthode paraît être le traitement de choix.

Le traitement local fut continué pendant la cure, mais limité au traitement du matin.

64 malades, traitées par le gonoyatrène-pyrifer, avaient des complications annexielles; on n'observa aucune complication de ce côté pendant la cure de fièvre.

Les récidives s'observent surtout au moment des règles. Sur 60 malades, chez lesquelles on avait fait des frottis avant les règles, 59 avaient des gonocoques avant le traitement gonoyatrène-pyrifer; sur 110 femmes examinées après le traitement, 6 seulement avaient des frottis positifs.

C'est l'arthigon qui donna les meilleurs résultats dans le traitement des récidives.

R. Burnier.

Goldschlag. ***Un cas de sarcome idiopathique hémorragique de Kaposi à début anormal*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 7, 16 Février 1935, p. 204-208). — Un juif de 65 ans avait depuis 4 ans des troubles du système lymphopoïétique: tuméfaction de la rate et du foie, des ganglions lymphatiques, en particulier des ganglions inguinaux, fièvre rémittente, aspect cachectique, leucocytose modérée avec parfois éosinophilie et monocytose, prurigo lymphadénique. Les lésions s'améliorèrent passagèrement sous l'influence des rayons X et de l'arsenic. On pensa à une lymphogranulomatose maligne, mais l'excision d'un ganglion ne montra pas la structure caractéristique de cette maladie.

3 ans 1/2 après les premiers symptômes, le malade présenta une infiltration de la peau des extrémités inférieures et de petites tumeurs du thorax droit. La biopsie montra des lésions typiques de la maladie de Kaposi.

Ce cas montre donc une association de deux maladies : à la maladie de Sternberg-Paltauf, succéda une maladie de Kaposi.

Nous ignorons l'étiologie de ces 2 affections; mais il semble bien qu'on puisse les rattacher toutes deux à une altération du système réticulo-endothélial.

R. Burnier.

Vichnou Bendre. ***A propos de la pyodermite varioliforme (pustulose varioliforme aiguë)*** [*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 11, 16 Mars 1935, p. 305-313]. — B. rapporte un cas de cette affection décrite en 1893 par Kaposi sous le nom d'*Eruption varicelliforme* et en 1898 par Juliusberg sous le nom de *Pustulosis acuta varioliformis*.

Il s'agissait d'un matelot de 28 ans, atteint de blennorragie et présentant sur le dos du pied droit un semis de lésions pustuleuses, souvent centrées par un poil, et ressemblant à des pustules de variole ou de varicelle. La recherche des corpuscules de Paschen fut négative. Par contre, on trouva de nombreux staphylocoques. La lésion guérit rapidement avec les bains et les badigeonnages avec une solution de permanganate de potasse.

Ce cas confirme les observations antérieures qui montrent que cette éruption varioliforme n'est pas due à un virus et n'a rien de commun avec la vaccine ou la variole; c'est une pyodermite à staphylocoques.

R. Burnier.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

A. Kahlstorf, E. Ohnesorge. ***Indications diagnostiques fournies par les pulsations aortiques dans la kymographie plane*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **51**, n° 1, Janvier 1935, p. 22-28). — K. et O. ont comparé à l'aide de la kymographie plane les battements de l'aorte normale et pathologique; alors que les mouvements latéraux d'une aorte normale sont « en crochets », on constate dans les cas pathologiques des modifications dans l'aspect de ceux-ci, surtout nettes au niveau de l'aorte ascendante; à savoir: dans l'*insuffisance aortique*, les crochets sont, sur tout le trajet de l'aorte ascendante, longs et pointus, traduisant ce que l'on peut appeler « le mouvement de fronde »; dans les *mésaortites syphilitiques* on constate des mouvements latéraux particulièrement amples et pointus dans les régions atteintes sans être cependant thrombosées; dans l'*anévrysme de l'aorte*, les pulsations peuvent faire entièrement défaut au niveau des régions où existe une thrombose marginale, au point même que la kymographie ne peut permettre de porter le diagnostic différentiel avec une tumeur médiastinale; dans la *sclérose* et l'*hypertension*, les battements de l'aorte sont en général plus faibles que normalement sur l'ascendante uniformisant à peu près les mouvements de toute l'aorte; en même temps on peut constater certains aspects en oblique des crochets; il n'est pas possible par la kymographie plane seule de porter un diagnostic différentiel de certitude entre la sclérose et l'hypertonie.

Morel Kahn.

C. Schilling. ***Ulcus gastrique et mécanique gastrique en radiokymographie*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **51**, n° 1, Janvier 1935, p. 29-35). — Les recherches effectuées

jusqu'à présent avaient permis d'envisager trois mobilités au niveau de l'estomac : 1° la fermeture passive de l'orifice à la partie supérieure de l'organe ; 2° le péristaltisme gastrique propre ; 3° l'action de la pression gastrique interne ou « systole ».

Les recherches effectuées à l'aide de la kymographie ont conduit aux observations suivantes :

1° La motilité gastrique normale comprend : le péristaltisme actif, les mouvements passifs du segment proximal, les contractions systoliques de la cavité gastrique, ces trois mouvements étant étroitement localisés en des régions déterminées.

2° L'étude fonctionnelle du mouvement est le point capital en radiokymographie, aussi S. différencie-t-il, dans les cas pathologiques, les troubles de la motilité directs et indirects ; parmi les premiers, il y a lieu de tenir compte, *dans l'ulcère*, de l'immobilité localisée et de l'interruption du péristaltisme, alors que les signes indirects sont : les modifications du péristaltisme (le long de la petite et de la grande courbure), du tonus, et du remplissage, avec les changements dans la forme de l'organe qui en sont la conséquence.

3° Si l'ulcus gastrique s'accompagne d'un ensemble assez caractéristique et constant de troubles fonctionnels comme l'hypermotilité, le point de départ élevé des ondes péristaltiques, il n'en reste pas moins que chaque cas présente des particularités fonctionnelles propres en rapport avec le siège et les dimensions de l'ulcère.

4° Grâce à la kymographie, il devient possible d'étudier les modifications du mécanisme gastrique, de différencier les modalités du tonus et de se rendre un compte exact des modifications du péristaltisme.

Morel Kahn.

S. Z. Sorkin. ***Radiokymographie du bulbe duodénal*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **51**, n° 1, Janvier 1935, p. 35-88). — Les recherches entreprises par S. l'ont conduit à formuler les conclusions suivantes basées sur les examens de 30 sujets normaux :

1° C'est la systole gastrique qui provoque l'ouverture du pylore, et le péristaltisme gastrique qui en provoque la fermeture.

2° L'évacuation du bulbe duodénal comporte deux phases : tout d'abord une évacuation systolique rapide, que suit une évacuation plus lente par contraction des parois.

3° Jamais le bulbe n'est complètement évacué ; il persiste toujours un certain résidu.

4° L'évacuation de la substance opaque se fait par bouchées successives et sa progression dans les autres portions duodénales est due au péristaltisme duodénal lui-même.

5° Les évacuations bulbaires sont de moitié inférieures aux contractions péristaltiques gastriques et coïncident avec l'occlusion du pylore.

Morel Kahn.

H. Peiper. ***Sur les renseignements fournis par la ventriculographie au sujet des caractères des tumeurs cérébrales*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **51**, n° 2, Février 1935, p. 113-118). — Les recherches de P. ont eu surtout pour but de discuter de la possibilité de porter un diagnostic de nature d'une tumeur cérébrale en fonction des données fournies par l'examen neurologique, l'anamnèse et les examens ventriculographiques. Pour P., ce diagnostic ne saurait être porté à la suite de la ventriculographie seule et il insiste sur ce qu'un examen négatif ne saurait faire rejeter le diagnostic de tumeur cérébrale.

Il rapporte les résultats d'examens en série de l'évolution d'un gliome.

Morel Kahn.

I. Erdelyi. ***Röntgendiagnostic des tumeurs hypophysaires*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **51**, n° 2, Février 1935, p. 125-147). — Après un court exposé historique, E. envisage d'abord l'importance au point de vue du diagnostic des altérations élémentaires de la selle turcique et des régions de voisinage (notamment celles qui frappent le dos de la selle et les apophyses clinoïdes postérieures) ; il rapporte ensuite les principales caractéristiques des différentes affections dont le diagnostic peut se poser.

La seconde partie de son travail est consacrée aux modifications de la selle turcique et des régions voisines dans les tumeurs intrasellaires (avec ou sans acromégalie), sus, sous, para, rétro et présellaires ainsi que dans l'hydrocéphalie.

Il décrit en détail les caractéristiques des lésions destructives de la selle turcique suivant la nature et le siège des lésions, comme dans tous les cas d'hydrocéphalie et d'augmentation de la pression intra-cranienne non en rapport avec des lésions de la selle turcique. Il rapporte tous les caractères qui peuvent permettre d'orienter les différents diagnostics différentiels qu'il passe en revue et insiste à ce propos sur les variations de forme du sinus sphénoïdal et sur les aspects dus au 3e ventricule ; c'est ainsi que la protubérance ventriculaire peut faire hernie à travers la selle détruite ou s'étaler latéralement à elle ; dans les cas où le ventricule dilaté pénètre à l'intérieur du sinus sphénoïdal, il peut se manifester sous forme d'opacité nette, homogène, régulière, à convexité inférieure.

E. insiste également sur la variabilité des contours du plancher de la selle et la multiplicité apparente des contours du ventricule dilaté, en général concentriques, alors qu'en cas de tumeur les contours sont irréguliers.

Morel Kahn.

L. Haas. ***Données sur le röntgendiagnostic de la selle turcique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **51**, n° 2, Février 1935, p. 147-152). — H. consacre à l'étude radiologique de la selle turcique deux articles ; le premier se rapporte aux *ponts osseux interclinoïdiens* dont l'image intervient dans l'estimation des dimensions de la selle quand il existe une union des apophyses clinoïdes antérieures et postérieures, pouvant passer par les apophyses moyennes. L'existence de ces ponts pose des problèmes importants au point de vue du diagnostic afin de ne pas méconnaître leur existence ou les confondre avec quelque autre image. Ces ponts peuvent d'ailleurs être uniques ou bilatéraux et être semblables de chaque côté ou différents d'aspect. (De nombreux clichés mettent en évidence ces images.) Pour H., qui s'appuie sur la clinique et l'anatomie, il ne s'agirait là d'aucune formation pathologique.

Le deuxième article envisage les *techniques destinées à reproduire les apophyses clinoïdes et les ponts osseux interclinoïdiens* ; en raison de la nécessité d'obtenir des images très détaillées et rigoureusement précises, les seules utilisables en vue d'un diagnostic exact, H. pense que la radiographie de profil, comme la radiographie en position nuque-front, sont insuffisantes, et il décrit en détail une technique particulière qui lui paraît répondre aux exigences d'une reproduction détaillée de la région de la selle.

Morel Kahn.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

M. Schteingart et **A. G. P. Ramos.** ***La stérilisation temporaire par une méthode biologique*** (*La Prensa Medica Argentina*, année **21**, n° 44, 31 Octobre 1934, p. 2087-2089). — S. et R. ont cherché à suspendre la procréation chez 141 femmes, jeunes, fécondes, exemptes de toute affection génitale, par injection sous-cutanée de spermatozoïdes morts humains ou animaux.

Ils pratiquent 4 injections, espacées de 48 heures, à des doses croissantes, de 30 à 120 millions de spermatozoïdes. La réaction locale se réduit à une tuméfaction discrète, les réactions générales à quelques céphalées et rachialgies.

Dans 80 pour 100 des cas, les femmes sont demeurées stériles de 6 à 12 mois, malgré les rapports sexuels, sans avoir nullement recours aux procédés anti-conceptionnels courants.

Une seconde immunisation se montre souvent moins efficace que la première.

G. d'Heucqueville.

A. Buzzo et **R. E. Carratalo.** ***Etude expérimentale comparée de l'action antidote des substances méthémoglobinisantes dans l'intoxication par le cyanure de potassium*** (*La Prensa Medica Argentina*, année **21**, n° 45, 7 Novembre 1934, p. 2099-2105). — L'acide cyanhydrique forme avec la méthémoglobine un composé stable, la cyanométhémoglobine. Le spectroscope permet de caractériser les substances qui, introduites dans le sang, déterminent l'apparition de méthémoglobine.

B. et C. ont étudié les propriétés antidotes, vis-à-vis de l'intoxication par le cyanure de potassium, des principales de ces substances, le nitrite de soude, le nitrite d'amyle, le bleu de méthylène, le chlorate de potasse, l'aniline, le pyrogallol, la résorcine, l'hydroquinone, la pyrocatéchine et le ferricyanure de potassium.

Le nitrite de soude, en injection intra-veineuse, permet au cobaye de supporter une dose de cyanure de potassium, administré par voie digestive, triple de la dose mortelle ; le nitrite d'amyle en inhalation une dose double, ainsi que le bleu de méthylène intra-veineux. Les autres substances méthémoglobinisantes protègent juste contre la dose mortelle.

G. d'Heucqueville.

J. J. Beretervide. ***Le murmure hydatique pulmonaire*** (*La Prensa Medica Argentina*, année **21**, n° 46, 14 Novembre 1934, p. 2156-2160). — Les kystes hydatiques pulmonaires ne donnent lieu à aucun signe stéthoscopique spécial quand ils sont situés dans la profondeur. Quand ils sont superficiels, ils déterminent le silence respiratoire ou un syndrome cortico-pleural.

Dans une observation, B. a mis en évidence par l'auscultation, en avant dans la zone sous-claviculaire gauche, en arrière dans la zone sus-épineuse, un murmure musical de tonalité élevée, synchrone des contractions cardiaques.

A l'intervention, on trouve un vaste kyste hydatique, contenant de nombreuses vésicules. Le murmure musical a disparu après l'évacuation. Ce murmure aurait pu en imposer pour un souffle systolique.

Le frémissement et le murmure hydatiques traduisent le choc en retour des vésicules dans le kyste, ou, plus souvent, la vibration de la membrane élastique de ce dernier. Ils se produisent dans certaines conditions de fluidité et de tension. Dans le cas rapporté, il s'est trouvé en outre que la contraction cardiaque faisait entrer le kyste en résonance.

G. d'Heucqueville.

REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIE
(Buenos-Ayres)

E. Braun Menendez. ***L'influence du diencéphale sur la pression artérielle*** (*Revista Argentina de Cardiologie*, t. **1**, n° 5, Novembre-Décembre 1934, p. 337). — Lorsque après section complète des pédoncules cérébraux chez le chien, le lapin, le cobaye, séparant ainsi le cerveau du cervelet et de la protubérance, on mesure dans la lumière de l'artère crurale la pression artérielle, on constate un abaissement, dû à l'hémorragie et au shock consécutifs. L'étude des réflexes circula-

toires après ligature des deux carotides primitives, de l'excitation faradique du sinus carotidien, de l'injection intra-veineuse d'adrénaline, ou du bout central du nerf pneumogastrique, permet de dire que le centre vasomoteur principal est dans le bulbe, et non dans le diencéphale ou la région hypothalamique, comme l'ont décrit Karplus et Kreidl. Les réflexes circulatoires sont identiques à ceux que l'on enregistre lorsque le cerveau n'est pas séparé du reste du système nerveux central.

V. Aubertot.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Freud. ***Le traitement de la diphtérie chez les asthmatiques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 2, 11 Janvier 1935, p. 55). — La grande sensibilité des asthmatiques vis-à-vis du sérum de cheval est connue depuis longtemps et cette particularité rend tout spécialement malaisé le traitement de l'angine diphtérique chez les sujets de ce genre: F. eut affaire à semblables difficultés chez une enfant de 3 ans, asthmatique, de parents asthmatiques, et qui présenta une diphtérie maligne avec cou proconsulaire, jetage et prostration. Devant l'urgence, F. n'hésita pas à injecter 10.000 unités de sérum anti-diphtérique; l'injection fut suivie au bout de trois minutes d'éternuements, d'urticaire, d'une rougeur locale intense, puis d'un grand accès d'asthme suffocant avec perte de connaissance et incontinence des matières et des urines. Sous l'influence d'une ampoule d'asthmolysine, l'accès prit fin et l'enfant s'endormit. A la suite de ce choc, les accès d'asthme ne réapparurent plus pendant 2 mois.

G. Basch.

Kumer et **Loos.** ***Pachyonyxis congénital (type Riehl)*** [*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 6, 8 Février 1935, p. 174-178]. — Description d'une maladie congénitale et héréditaire constituée par les malformations suivantes: pachyonyxis très accentué siégeant aux mains et aux pieds; l'ongle a 5 mm. d'épaisseur; il est de couleur brun sale; on observe également des placards arrondis d'hyperkératose aux talons; en outre, hyperkératose en plaques du dos de la langue. Cette anomalie est plus marquée le matin que le soir, et les dépôts blanchâtres sont constitués de cellules cornées et de débris cellulaires; on note en outre de l'enrouement. Il s'agit là d'une maladie héréditaire, différente de l'ichtyose ainsi que de la maladie de Méléda, dont 23 cas ont été décrits, et qui comporte 3 aspects cliniques: le premier est caractérisé par des kératomes symétriques répandus sur les téguments; le second comporte en outre de la kératose pilaire et de la leucokératose de la langue et des commissures et constitue le type achevé de la maladie. Le troisième type s'accompagne d'anomalies de la cornée et du limbe et est exceptionnel.

G. Basch.

Hirsch. ***Embolie gazeuse du cœur droit se traduisant par un bruit de moulin, au cours d'un pneumothorax thérapeutique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 8, 22 Février 1935, p. 232-235). — Ce bruit si particulier a été noté par H. à 2 reprises dans les circonstances suivantes: le premier cas concerne un garçon de 16 ans, porteur d'une tuberculose excavée avec caverne superficielle à parois minces et à niveau liquide. Amélioré par un pneumothorax, il présente, à l'occasion d'un refroidissement, une douleur intense thoracique avec dyspnée, et, peu après, le malade lui-même et son entourage perçoivent un bruit de moulin ou de roue hydraulique synchrone aux battements du cœur. Ce phénomène était attribuable à l'ouverture de la caverne avec pneumothorax spontané.

Le deuxième cas est celui d'un homme atteint également de tuberculose excavée qui présente, au cours d'une insufflation, un accès de toux aboutissant à une dyspnée intense avec cyanose par embolie gazeuse se manifestant par ailleurs par une hémiplégie; là encore fut perçu un bruit de moulin des plus nets. Ce phénomène est attribuable à une embolie gazeuse du cœur droit. Dans le premier cas, l'effondrement de la paroi de la caverne, qui était postérieure et superficielle, a amené une brusque pénétration d'air dans les veines bronchiques, puis dans le cœur droit; dans le second cas, il a dû y avoir pénétration de l'aiguille de pneumothorax dans les veines thoraciques.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Sakel. ***Traitement de la schizophrénie au moyen de l'hypoglycémie insulinique et du choc hypoglycémique*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 45, 3 Novembre 1934, p. 1211-1216). — Dans une suite de 14 articles dont la plupart reproduisent des observations cliniques dans tous leurs détails, S. expose les résultats de sa méthode de traitement de la schizophrénie; nous analysons ici le premier de ces articles dans lequel il résume les principes et la mise en pratique de son traitement. Celui-ci se compose de 4 phases: *la première* comporte l'introduction dans l'organisme du malade de quantités variables d'insuline (de 15 à 40 unités ou plus) à des intervalles de 4 heures à 4 heures 1/2, jusqu'à ce qu'apparaisse un choc insulinique suffisamment net; chaque injection sera pratiquée au moins deux heures après la dernière prise d'aliments, la première injection sera faite à jeun, et, après chacune d'elles, le malade restera à jeun, afin de laisser opérer le choc insulinique.

Au cours de *la deuxième phase* se déroulent les diverses manifestations de ce choc, sous forme de sueurs profuses ou de somnolence pouvant aller jusqu'au coma, ou bien encore d'excitation psychique. Le coma hypoglycémique est plus ou moins profond et s'accompagne de signes d'irritation pyramidale: Signes de Babinski, d'Oppenheim, etc.; parfois, il est si accentué qu'on observe la disparition des réflexes de déglutition et cornéens; la bradycardie n'est pas exceptionnelle et peut atteindre 34 pulsations à la minute. Enfin, parfois, le malade présente des crises convulsives qui peuvent être d'une certaine gravité.

La *troisième phase* constitue une sorte d'entr'acte au cours duquel les symptômes ci-dessus énumérés se calment, l'administration d'insuline étant momentanément suspendue. Au cours de la *quatrième phase* enfin (phase de polarisation) sont reprises les injections d'insuline.

G. Basch.

Nobl. ***Erythème fixe exsudatif par la phénolphtaléine*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 47, 17 Novembre 1934, p. 1261-1263). — Le grand nombre de spécialités purgatives à base de phénolphtaléine explique la fréquence relative des accidents cutanés succédant à leur usage. Les premières observations ont été rapportées aux Etats-Unis où l'on ne compte pas moins de 50 spécialités de ce genre. Les manifestations cutanées consistent en macules plus ou moins nombreuses, rouge sombre et violacées, devenant brunes par la suite, cette coloration brunâtre tout à fait caractéristique persistant longtemps après qu'a disparu l'éruption et en constituant un témoin durable. On observe aussi parfois des placards élevés profondément infiltrés, de caractère fixe et récidivant. N. rapporte l'observation d'une femme chez laquelle survinrent, après ingestion de tablettes de Darmol, des éléments d'abord maculeux, puis papuleux, entre lesquels on put également noter de véritables nodules du volume d'un pois ou d'un haricot, de coloration bleu brunâtre. Comme il est habituel, les essais d'épidermo ou cutiréactions d'une suspension de phénolphtaléine restèrent négatifs. Par contre, l'ingestion de très faibles quantités du médicament en question amenait une récidive des éléments *in situ*.

G. Basch.

Sakel. ***Traitement de la schizophrénie au moyen de l'hypoglycémie insulinique et du choc hypoglycémique*** (*suite*) [*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 47, 17 Novembre 1934, p. 1265-1269]. — Dans cet article sont étudiés les dangers que peut présenter la méthode dans le cas de choc insulinique très intense à forme convulsive ou comateuse, et les moyens d'y remédier; il est bien entendu que le patient est étroitement surveillé, ses pulsations et sa tension artérielle sont contrôlées fréquemment; de l'adrénaline prête à être injectée, une sonde nasale, des solutions sucrées, tous les cardiotoniques injectables sont préparés et à portée de main; lorsqu'il paraît indiqué de prolonger le choc jusqu'à disparition du réflexe de déglutition, on introduit à l'avance la sonde nasale qui permet d'introduire directement une solution sucrée dans l'estomac. Ce traitement est complété s'il le faut par des injections intra-veineuses de solution sucrée qui ont pour effet de réveiller le malade d'un coma profond et prolongé. Un autre danger est constitué par la pneumonie de déglutition, ces sujets présentant toujours une hypersalivation des plus marquée qui favorise cette complication; aussi est-il indiqué d'asseoir les malades tête baissée, d'où écoulement de la salive à l'extérieur. Il y a encore lieu de redouter l'apparition d'un spasme glottique au cours des secousses cloniques, ce à quoi on obviera par l'injection de sucre ou d'adrénaline. Il faut tenir compte en outre de la déshydratation possible du fait de l'hypersudation considérable, et du refroidissement du malade qu'il faut entourer de bouillotes.

G. Basch.

Sakel. ***Traitement de la schizophrénie au moyen de l'hypoglycémie insulinique et du choc hypoglycémique*** (*suite*) [*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 48, 24 Novembre 1934, p. 1299-1301, et n°s 49, 50, 51, 1934; t. **85**, n°s 2 et 3, 1935]. — Pour chaque malade est établi un graphique sur lequel sont tracées les courbes de la glycémie, de la tension artérielle, des pulsations, etc.; le chiffre le plus bas de la glycémie qui ait été atteint est de 0 gr. 40. Ce chiffre minimum est noté généralement au bout de deux heures et s'élève au bout de ce temps même si on n'a pas introduit d'hydrates de carbone.

Il est banal d'observer après la cure insulinique une véritable boulimie qui peut aller jusqu'à de l'agitation. Enfin, à l'issue de la cure, les malades restent d'une très grande instabilité psychique et doivent être protégés contre toute influence extérieure; c'est dire que leur isolement est obligatoire et que le retour dans le milieu familial serait des plus nuisibles.

De nombreuses observations détaillées illustrent cette suite d'articles; il apparaît que, à la suite de cette cure comportant des injections quotidiennes de doses énormes d'insuline (100 unités par jour), on observe au bout de 3 à 4 semaines d'étonnantes améliorations dans l'état psychique des malades.

G. Basch.

Stanka. ***Apparition d'un lichen plan à la suite de brûlures par caustique chimique*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 50, 8 Décembre 1934, p. 1350-1352). — Une femme de 53 ans tombe de 5 m. 50 de hauteur dans la cuve d'une fabrique de savon remplie de lessive de soude à la température de 22°. La cuve n'étant que par-

tiellement remplie, l'accidentée échappa à la noyade, mais resta 5 à 10 minutes en contact avec le caustique. Elle présenta les lésions suivantes : macules rouge clair sur le visage, œdème palpébral et lésions diffuses des muqueuses et de la peau. Le point intéressant de cette observation est l'apparition au bout de trois semaines de papules typiques de lichen plan, tout d'abord dans les régions des cicatrices, puis sur tout le corps. Dans l'ignorance dans laquelle nous sommes de la véritable nature du lichen plan, on doit se demander si la commotion n'est pas à l'origine de cette dermatose qui paraît manifestement liée au système nerveux.

G. Basch.

Wagner-Jauregg. ***Migraine bâtarde et son traitement*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 1, 1er Janvier 1935, p. 1-2). — W.-J. oppose à la migraine bâtarde la migraine normale dont les caractéristiques sont d'après lui les suivantes : début à la puberté, hémicranie, nausées, apparition au réveil, disparition le soir, espaces entre les accès, prédominance menstruelle, action sédative des antinévralgiques.

Dans la migraine bâtarde, les phénomènes d'accompagnement sont plus fréquents, les accès durent plusieurs jours, les intervalles entre ceux-ci sont courts, les antinévralgiques inefficaces. La migraine bâtarde serait en rapport avec une alimentation trop riche ou trop copieuse et se soigne par la suppression du café, du thé, des sucreries, même des fruits. Cette cure sans sucre sera complétée par l'eau de Carlsbad avant le petit déjeuner. Ce régime a donné à W.-J. quelques succès.

G. Basch.

Pal. ***La dyspnée permanente bronchique*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 1, 1er Janvier 1935, p. 9-20). — Sous le nom de dyspnée bronchique, P. entend un trouble respiratoire succédant à une diminution de calibre généralisée des bronchioles : l'asthme en constitue la forme aiguë, comprenant deux variétés, l'une spasmodique et apyrétique, puisqu'elle guérit même par la fièvre ; l'autre fébrile et liée à une bronchite fibrino-muqueuse. L'asthme cardiaque lui-même est lié en partie à un broncho-spasme. La dyspnée bronchospastique est due à une excitabilité particulière des muscles bronchiques par abaissement du seuil d'excitabilité du parasympathique ou vague. On a pu retrouver, dans ces cas, une hypertrophie de la musculature bronchique et une tuméfaction de la muqueuse. Quelques considérations thérapeutiques rappelant les médicaments usuels de l'asthme terminent cet article.

G. Basch.

REVUE DE PATHOLOGIE ET DE PHYSIOLOGIE DU TRAVAIL

(Bruxelles)

Langelez. ***A propos des cancers du goudron*** (*Revue de pathologie et de physiologie du travail*, Année **11**, n° 5, Février 1935, p. 225-230). — Parmi les causes généralement admises des cancers professionnels, figurent certains corps chimiques, et, tout particulièrement, le goudron et ses dérivés. C'est pour contrôler cette opinion que Langelez a prescrit en Belgique l'importante enquête dont il donne les résultats.

L'enquête a porté sur quatre groupes d'industries : les fabriques d'agglomérés, les fabriques de sous-produits, les usines de distillation de goudron et les fabriques de carton bitumé ; soit au total 39 usines visitées et 410 ouvriers examinés.

Voici le relevé général des lésions constatées :

Hyperchromie	202
Verrues et cicatrices de verrues	150
Ulcérations suspectes	16
Cancer en évolution	2
Cancer opéré	5
Hyperkératose	42
Affections inflammatoires (acné, furoncles, etc)	64
Total	481

Lésions inflammatoires. — Elles sont surtout causées par le brai, produit très irritant, qui détermine au contact des rayons solaires une sensation de picotement et de brûlure du visage, de l'irritation des conjonctives. L'acné goudronneuse est également bien connue.

Lésions des glandes pilo-sébacées. — Le nombre de comédons, de kystes sébacés, que l'on observe chez ces ouvriers, est considérable. Ils siègent surtout à la face, aux organes génitaux ; ils peuvent dans certains cas acquérir un gros volume donnant au scrotum une forme en « grappe ».

Modifications pigmentaires. — L'hyperchromie se rencontre fréquemment ; elle est localisée aux avant-bras, aux mains, à la face, à telle enseigne qu' « on reconnaît à première vue les ouvriers du brai après quelques mois de service ». Langelez n'a pas observé l'hyperchromie généralisée, uniforme, brunâtre, signalée par quelques auteurs chez les travailleurs du brai et du goudron.

Verrues. — L'hyperkératose, se manifestant sous forme de verrues, est extraordinairement fréquente. Les formes pédiculées et miliaires sont les plus abondantes, les formes larges et aplaties sont rares. Les ouvriers les plus exposés sont ceux des fabriques d'agglomérés, surtout les déchargeurs et les piocheurs de brai, les doseurs et les ouvriers affectés au broyage. Les verrues sont exceptionnelles chez les travailleurs ayant moins d'un an dans la profession (1 seul ouvrier sur 39) ; après 25 ans de service le pourcentage atteint ou dépasse 83 pour 100 des ouvriers examinés.

La verrue guérit le plus souvent, après une période plus ou moins longue, sans laisser de trace ; ou bien une ulcération se produit, qui peu à peu se cicatrise ; dans certains cas la verrue est le point de départ d'une ulcération suspecte qui peut aboutir au cancer.

Cancer. — Sur 410 ouvriers examinés, le cancer a été diagnostiqué 23 fois, soit un pourcentage de presque 6 pour 100. C'est un pourcentage considérable si l'on songe que l'enquête ne portait que sur des hommes au travail. Il est vrai que dans les deux tiers des cas (16 fois sur 23) il ne peut être question que de diagnostic de probabilité, l'examen histologique de la lésion suspecte n'ayant pu être fait.

Le cancer du goudron se développe tardivement, presque toujours chez des ouvriers ayant au moins dix ans de métier. Dans les formes plus précoces, peut-être faut-il faire intervenir une cause favorisante : le terrain ? les influences familiales ? Les femmes seraient moins sujettes que les hommes au cancer du goudron.

Les localisations les plus habituelles sont à la face (angle du nez, coin de l'œil, paupière, lèvres) et aux organes génitaux (scrotum). Ces deux régions sont le siège de transpirations abondantes, fréquentes et rapides ; les poussières y adhérant en sont difficilement délogées.

L'étiologie de ces cancers n'est pas nettement déterminée. On a invoqué l'action de l'acide phénique, de l'arsenic contenu dans le brai, d'un hydrocarbure dérivé du benzène, le benzopyrène, dont l'action cancérigène aurait été démontrée expérimentalement. De même, on ignore la façon dont le produit cancérigène pénètre dans l'organisme : est-ce par voie cutanée, par inhalation, par ingestion ? S'agit-il d'une action locale ou d'une action générale ? En attendant que l'étiologie de ces cancers soit connue, les mesures de protection doivent consister essentiellement en des soins attentifs de propreté corporelle, portant spécialement sur les parties plissées et celles transpirant facilement.

André Feil.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES

(Madrid)

Morillo Una. ***L'élimination par l'urine des hormones gonadotropes de l'hypophyse antérieure dans les môles hydatiformes et les chorio-épithéliomes*** (*Archivos de Medicina, cirugia y especialidades*, année **37**, n° 46, 17 Novembre 1934, p. 1257-1270). — M. U. publie 5 observations de môle hydatiforme et de chorio-épithéliome, avec réaction de Zondek positive, même pour des quantités infimes d'urine.

Dans la môle hydatiforme, la réaction est intense, les ovaires de la rate injectée se transforment en une agglomération serrée de corps jaunes. L'urine contient plus de 100 unités de prolan par centimètre cube, alors que dans la grossesse normale elle en contient au maximum 30. Cette décharge hormonale s'explique par l'absence du fœtus, auquel elle est destinée dans la grossesse. Elle persiste après l'expulsion ou l'extraction de la môle.

Dans le chorio-épithéliome, la réaction se montre inconstante, d'intensité variable. Mais elle offre une valeur pronostique considérable, car sa persistance, après l'extirpation ou l'irradiation, est de fâcheux augure.

M. soutient la théorie de la dualité des prolans A et B. Le chorion joue un rôle certain dans la sécrétion des prolans, mais cette sécrétion s'opère au niveau de l'hypophyse antérieure : l'hypophyse présente les mêmes modifications histologiques dans le chorio-épithéliome que dans la grossesse.

G. d'Heucqueville.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA

(Madrid)

Outeirino Nunez. ***Recherches sur la prétendue spécificité des réactions de Weinberg et Casoni dans le diagnostic de l'échinococcose humaine*** (*Los progresos de la clinica*, année **42**, n° 11, Novembre 1934, p. 854-864). — N. a pratiqué la réaction de déviation du complément, dite de Weinberg : 1° chez 25 porteurs de kystes hydatiques sans parasites intestinaux ; 2° chez des porteurs de ténias intestinaux exempts d'échinocoques ; 3° chez des sujets atteints d'affections diverses non téniasiques ; 4° chez des animaux porteurs de cysticerques ou immunisés. La réaction de déviation du complément a été pratiquée successivement avec un sérum frais et avec le sérum inactivé.

Les antigènes ténias intestinaux fixent le complément avec autant d'intensité que les liquides hydatiques. Les sérums des individus immunisés donnent des réactions également positives avec ces antigènes. Les sujets, atteints d'affections diverses, qui présentent une réaction positive à l'un des antigènes la présentent aussi à l'autre.

Il existe donc des antigènes communs à ces deux affections parasitaires. La réaction de Weinberg, comme la réaction de Casoni, sont spécifiques, non d'échinococcose, mais de téniasis en général. Elles n'indiquent l'échinococcose que chez les sujets chez qui a été vérifiée l'absence de ténias intestinaux.

Importante bibliographie.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

Chevalier-Jackson et **Chevalier-L. Jackson.** ***La gastroscopie perorale, y compris l'examen de l'estomac sous-phrénique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 4, 26 Janvier 1935, p. 269-276). — Dans ce très intéressant article, les Ch.-J. mettent au point les indications, les contre-indications et la technique de la gastroscopie, telles que leur vaste expérience le leur suggère

Les contre-indications sont peu nombreuses: un état général précaire, une hypertension très forte, un anévrysme aortique; les lésions œsophagiennes contre-indiquent l'emploi du gastroscope souple, mais n'empêchent pas le passage d'un tube rigide.

Les indications de la gastroscopie sont de deux ordres: en premier lieu, elle donne souvent de précieux renseignements pour le diagnostic des lésions gastriques; en particulier, dans les cas de gastrites et de psycho-neuroses à symptomatologie gastrique, où un examen gastroscopique montre bien souvent une lésion organique méconnue. En second lieu, elle permet facilement l'ablation des corps étrangers que leur forme ou leur nature rendent dangereux si on les laisse évacuer par les voies naturelles.

R. Rivoire.

R. Payne. ***La hernie fémorale; sa cure radicale par des sutures fasciales vivantes*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 4, 26 Janvier 1935, p. 276-279). — Selon P., la cure radicale des hernies fémorales ne peut être réalisée de façon parfaite par des sutures au catgut: la seule méthode incritiquable consiste à employer pour les sutures des fragments de fascia aponévrotiques de la région.

P. décrit minutieusement sa technique qui donne, d'après lui, des résultats remarquables.

R. Rivoire.

J. Watts. ***L'influence de la corticalité cérébrale sur le péristaltisme gastro-intestinal*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 5, 2 Février 1935, p. 355-357). — Les expériences de W. tendent à prouver que le cortex cérébral joue un rôle régulateur du péristaltisme intestinal. En effet, l'extirpation chez le singe des deux aires pré-motrices détermine une exagération du péristaltisme allant dans certains cas jusqu'à l'invagination intestinale. De même, l'excitation faradique de cette zone. Il semble donc qu'il y ait des centres inhibiteurs et des centres excitateurs du péristaltisme.

Il est donc probable que l'aura épigastrique et les autres sensations viscérales associées aux crises épileptiques jacksoniennes ne sont pas des sensations factices, mais qu'elles traduisent de véritables convulsions abdominales.

Peut-être aussi la faim morbide, observée parfois dans les tumeurs cérébrales, l'artérite cérébrale et les contusions du cerveau, est-elle due à l'irritation ou à la destruction de ces centres.

R. Rivoire.

F. Mann et **J. Bollman.** ***L'ictère; revue de quelques recherches expérimentales*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 5, 2 Février 1935, p. 371-374). — La jaunisse peut être réalisée expérimentalement en lésant le foie. L'ablation complète de cet organe détermine un ictère hémolytique, et la bilirubine sanguine donne une réaction de Van den Bergh indirecte. D'autres formes de jaunisse, obtenues par ligature des canaux biliaires ou par lésions expérimentales du foie, augmentent la bilirubine du sang, qui donne une réaction de Van den Bergh directe.

Les jaunisses expérimentales, si elles sont prolongées longtemps, produisent sur l'animal des troubles dus à l'absence de la bile dans l'intestin et à sa présence dans le sang et les tissus: troubles de la nutrition, avec diminution de la tolérance aux albumines; tendance à l'apparition d'ulcères peptiques; anémie et diminution des protéines sanguines chez les animaux dont le foie a été lésé.

R. Rivoire.

J. Kolmer, G. Klugh et **A. Rule.** ***Une méthode efficace de vaccination contre la poliomyélite antérieure aiguë*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 6, 9 Février 1935, p. 456-460). — Dans cet article, K., K. et R. rapportent les premiers résultats obtenus par eux avec un vaccin antipoliomyélitique préparé de la façon suivante: suspension à 4 pour 100 de moelle épinière de singes infectés dans une solution à 1 pour 100 de ricinoléate de soude. Ce vaccin fut injecté à la dose de 0,5 à 1 cmc, 3 semaines consécutives, à 25 enfants, de 1 à 15 ans. Parmi ces enfants, ceux dont le sang ne contenait pas d'anticorps virent ceux-ci apparaître dans 75 pour 100 des cas une semaine après la dernière injection. Ceux qui avaient des anticorps avant la vaccination virent ceux-ci augmenter considérablement. Il n'y eut aucune réaction, sauf dans quelques cas un léger érythème au point d'inoculation.

La quantité d'anticorps, contenue dans le sang après vaccination, est comparable à celle qui existe chez les sujets immunisés naturellement, et elle suffit sans doute à protéger contre la maladie.

R. Rivoire.

M. Greenberger, L. Wershub et **O. Auerbach.** ***La fréquence de la tuberculose rénale, dans 500 autopsies de tuberculoses pulmonaires et extrapulmonaires*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 9, 2 Mars 1935, p. 726-729). — G., W. et A. ont entrepris une enquête pour vérifier la fréquence des lésions rénales à l'autopsie des malades morts de tuberculose, particulièrement de tuberculose pulmonaire. Ils ont constaté que la tuberculose rénale s'observait très fréquemment, mais qu'il s'agissait presque toujours de lésions miliaires, bilatérales, non ouvertes, sans doute apparues peu de temps avant la mort et traduisant une généralisation tuberculeuse terminale. La véritable tuberculose rénale ouverte ne s'observe que dans 5 pour 100 des cas: même dans cette forme, la symptomatologie est d'ordinaire très fruste, sans doute à cause de l'absence d'atteinte vésicale ou urétérale.

R. Rivoire.

E. Geiling. ***La post-hypophyse*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 9, 2 Mars 1935, p. 738-741). — Dans cette revue générale, qui fait partie d'une série d'articles publiés sous les auspices du Conseil de Pharmacie et de Chimie de l'American Association, consacrée à l'état actuel de l'endocrinologie, G. passe en revue la question des hormones de la post-hypophyse. Voici quelles sont ses conclusions: « Il semble qu'en dépit de la somme considérable de travail consacré à la sécrétion du lobe postérieur, il ne soit pas possible d'assigner avec certitude un rôle physiologique spécifique à ce puissant agent pharmacologique. Il est possible que la vaso-pressine ait un rôle régulateur des échanges de métabolites entre le sang et les tissus, et qu'elle agisse sur le fonctionnement rénal; et l'oxytocine fonctionne peut-être pendant la parturition pour accélérer et rendre plus efficaces les contractions utérines. »

R. Rivoire.

S. Clausen. ***Nutrition et infections*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 10, 9 Mars 1935, p. 793-798). — C., par une série d'expériences et de statistiques, a essayé de résoudre le problème si discuté des relations entre les vitamines et l'immunité. Voici quelles sont les conclusions de ses recherches: à l'heure actuelle, une diminution de la résistance à l'infection a été démontrée chez l'animal en cas de déficience en vitamine A et C, et peut-être en vitamine B; cliniquement, une tendance aux infections existe indiscutablement chez les sujets ayant une carence nette en vitamine A, et probablement aussi en vitamine C. Les enfants rachitiques par contre n'ont pas de susceptibilité particulière aux infections, avec une exception pour la coqueluche.

Il n'existe à l'heure actuelle aucun argument permettant d'affirmer que l'addition à un régime normal de l'une quelconque des vitamines augmente la résistance aux infections. Il y a encore moins de raisons de penser que l'administration des vitamines au cours de l'évolution d'une infection puisse en améliorer le pronostic.

R. Rivoire.

H. Gerstenberger, A. Horesh, A. Van Horn, W. Krauss et **R. Betke.** ***Le lait de vache antirachitique; étude comparative de la valeur antirachitique du lait de vache irradié et du lait produit par des vaches nourries avec de la levure irradiée*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 10, 9 Mars 1935, p. 816-826). — Dans ce travail, G., H., V. H., K. et B. exposent les résultats d'une étude comparative méticuleuse de l'action antirachitique des deux variétés de lait énoncées ci-dessus. Cette étude porta sur 13 enfants rachitiques, dont la calcémie, la phosphorémie, la phosphatosémie et la radiographie squelettique étaient faites toutes les semaines, afin de suivre dans les meilleures conditions possibles les progrès de la guérison. Sur la base des résultats fournis par cette étude, il semble qu'il n'y ait aucune différence d'activité entre ces deux variétés de lait, en tenant compte évidemment de leur teneur inégale en unités-rats de principe antirachitique par litre. Une dose de 40 unités Steenbock par jour ramène à la normale la calcémie, la phosphorémie et la phosphatosémie en 50 ou 60 jours, et rend son aspect normal au squelette en 10 à 11 semaines.

R. Rivoire.

A. Desjardins, L. Stuhler et **W. Popp.** ***La pyrétothérapie des injections gonococciques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 11, 16 Mars 1935, p. 873-878). — Cet article résume l'expérience de la clinique Mayo dans le traitement des gonococcies par la fièvre artificielle. La technique utilisée est le chauffage dans une chambre chaude ventilée à l'aide d'un dispositif fourni par la « General motor corporation ». La température atteinte est de 41°1 à 41°7 pendant 6 heures.

Le traitement est en général bien toléré, à condition que le malade soit surveillé constamment par une infirmière spécialement entraînée. Les complications légères que l'on observe assez souvent sont l'herpès labial, une éruption bulleuse de la peau, et des crises de tétanie qui disparaissent rapidement par l'inhalation de CO^2 ou l'injection intraveineuse de gluconate de calcium.

La guérison des gonococcies est obtenue en moyenne après 5 séances d'hyperthermie, séparées par des intervalles de 24 heures. Parfois, il faut 8 séances, surtout chez les jeunes, particulièrement lorsqu'il y a une utéro-annexite surajoutée.

R. Rivoire.

N. Epstein et **M. Cohen.** ***L'action de l'hyperthermie due à la chaleur radiante sur la syphilis primaire; avec la description d'une métode simple pour provoquer l'hyperpyrexie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 11, 16 Mars 1935, p. 883-889). — Encouragés par l'action favorable de l'hyperthermie sur la neuro-syphilis et sur la blennorragie, E. et C. ont étudié la valeur de cette méthode dans le traitement de la syphilis précoce. Ils utilisèrent pour ce travail une chambre d'irradiation dont la source chaude était une lampe à infra-rouge, appareillage simple qui donne des résultats remarquables.

Dans l'ensemble, les résultats de ce traitement ne sont pas suffisants pour autoriser la généralisation de la méthode. Si dans la quasi-totalité des cas on obtient une cicatrisation des lésions et une disparition des spirochètes à l'examen ultra-microscopique, il n'y a jamais négativation du Wassermann, et dans trois cas une récidive clinique fut observée avec cessation du traitement.

R. Rivoire.

F. Bishop, E. Lehman et **S. Warren.** ***Comparaison entre trois méthodes électriques pour provoquer l'hyperthermie artificielle*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 11, 16 Mars 1935, p. 910-915). — Dans cet article, B., L. et W. décrivent en détails trois méthodes couramment employées dans la détermination de l'hyperthermie: la méthode par les courants diathermiques (longueur d'onde 300 m.), celle par les ondes courtes (longueur d'onde 30 m.), celle par les rayons infra-rouges. D'une comparaison entre ces trois méthodes, il apparaît que la dernière réunit le plus d'avantages : elle est économique, inoffensive, facile à conduire. Il apparaît d'ailleurs que la technique utilisée n'a aucune influence sur les résultats cliniques, à condition que l'hyperthermie obtenue soit suffisante et permanente.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Garfield, Steele et **Houghton.** ***Lupus érythémateux disséminé aigu hémorragique*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **30**, n° 6, Décembre 1934, p. 772-778). — Les hémorragies sous-cutanées sont rarement observées dans le lupus érythémateux. Dans le cas des auteurs, il s'agissait d'un homme de 23 ans, atteint d'une rougeur diffuse de la face, ressemblant à un coup de soleil. Ultérieurement, apparurent des taches alopéciques du cuir chevelu et des lésions ulcéro-croûteuses cyanotiques et des taches purpuriques disséminées sur le tronc et les membres. L'état général était mauvais; la température élevée: 39°; le pouls rapide; il existait une leucopénie marquée. La mort survint 2 mois après l'entrée du malade à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva des lésions de colite ulcéro-membraneuse du côlon ascendant, une ulcération du larynx. Les amygdales et les dents étaient saines. Pas de signes de tuberculose.

Il est probable que le foyer colitique a été le siège de la formation des toxines qui déterminèrent la dissémination de l'infection.

Les auteurs ne croient pas que l'injection unique de 25 milligr. de thiosulfate d'or et de sodium que reçut le malade soit la cause des lésions hémorragiques, car celles-ci ont été signalées chez des malades qui n'avaient pas reçu de sels d'or.

R. Burnier.

Zeisler et **Rayner Caro.** ***Nécrobiose lipoïdique des diabétiques*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **30**, n° 6, Décembre 1934, p. 797-812). — Z. et C. rapportent 2 cas personnels de nécrobiose lipoïdique des diabétiques (Urbach-Oppenheim), qu'ils ont observée chez un homme de 27 ans et une juive de 72 ans, tous deux diabétiques depuis plusieurs années.

Cette affection rare, due à une altération du métabolisme des lipoïdes et des hydrates de carbone, se caractérise par des plaques, plus ou moins infiltrées, de coloration jaune ou brunâtre des membres inférieurs, assez analogues à des placards de sclérodermie.

Histologiquement, on constate des lésions de vascularite avec infiltration lymphocytique périvasculaire et des zones nécrotiques du chorion, contenant des fibres collagènes gonflées et infiltrées de lipoïdes.

On explique ces lésions par le dépôt ou l'imbibition du tissu connectif intercellulaire nécrosé par l'excès de lipoïdes présents dans le sang.

Le diagnostic se pose avec le xanthome, l'amyloïdose, la sclérodermie, l'érythème induré, l'acrodermatite chronique atrophiante et le myxœdème localisé.

Cette affection chronique résiste à tous les traitements: insuline, régime pauvre en graisses.

R. Burnier.

Dorne et **Zakon.** ***Esthiomène, manifestation tardive de la lymphogranulomatose inguinale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **30**, n° 6, Décembre 1934, p. 831-836). — D. et Z. rapportent un nouveau cas de la localisation recto-génitale de la maladie de Nicolas-Favre.

Une juive de 37 ans, dont le mari avait eu la syphilis, présente une tumeur rectale avec fistule recto-vaginale en 1924; on résèque en 1925 7 cm 5 de rectum. En 1931, la malade se plaint toujours de troubles de la défécation; on constate à 3 à 4 cm. au-dessus du rectum une tumeur dure avec rétrécissement. Une réactivation ayant donné un Wassermann positif, on fait un traitement mixte arsénobenzolique, bismuthique et ioduré.

En Mars 1932, la malade se plaint d'une tuméfaction douloureuse des lèvres, avec ulcération datant de 2 ans. On constate une large ulcération de la petite lèvre gauche avec éléphantiasis.

On pense à une origine syphilitique probable, mais le traitement ne donne aucun résultat bien que le Wassermann soit négatif. La réaction de Mantoux est négative, mais celle de Frei est fortement positive.

8 injections d'antigène de Frei n'amenant aucune amélioration des lésions, on fait une vulvectomie, qui fut suivie de guérison complète.

R. Burnier.

LISBOA MEDICA

Alberto de Carvalho et **Carlos Vidal.** ***Sur l'influence du ciment dans l'évolution de la tuberculose*** (*Lisboa Medica*, t. **12**, n° 2, Février 1935, p. 91-105). — On connaît depuis fort longtemps l'action nuisible produite sur les poumons par l'inhalation habituelle des poussières. Les lésions sont variables selon la nature de ces poussières et les circonstances dans lesquelles elles sont absorbées; naturellement, elles s'observent plus fréquemment chez les individus dont le métier les oblige à travailler dans les milieux où ces poussières sont plus ou moins constantes. C'est donc parmi ces individus que l'on trouve des malades atteints des diverses pneumokonioses.

Dans la présente étude expérimentale, les auteurs ont eu en vue d'observer: 1° quelles seraient les modifications produites par le dépôt du ciment dans l'organisme en général et dans les poumons en particulier; 2° quelle serait l'influence de la poussière du ciment sur l'évolution de la tuberculose.

Or, il parait que les ouvriers des fabriques de ciment ne présentent pas toujours des atteintes de l'appareil respiratoire comme ceux travaillant dans les industries où il existe des poussières de nature différente. Ces faits ont été observés dans certains pays.

Si quelques auteurs incriminent le ciment de produire des lésions pulmonaires, par contre, d'autres — et c'est le plus grand nombre — pensent que l'aspiration du ciment aurait une action favorable sur la bacillose. Ce manque d'accord sur l'action du ciment au niveau du poumon, sain ou infecté, disent les auteurs portugais, ne doit pas faire douter de l'influence de sa composition. Une poussière est d'autant plus nocive qu'elle est riche en silice; par contre elle l'est moins si elle n'est riche qu'en chaux; cela explique, en partie, les résultats divergents obtenus dans d'autres recherches. Cette action de la silice est attribuée à la présence de l'acide silicique libre et cristallisé; elle serait de nature colloïdale.

C. et V. se demandent quel est donc le rôle joué par la silice dans l'organisme. Des silicates ayant pénétré dans l'organisme sont utilisés pour la composition des tissus et pour la décomposition des carbonates, en fixant le métal ou le métalloïde et en mettant en liberté CO^2. On a attribué aux composés de silice un rôle important dans la cicatrisation; c'est la tuberculose pulmonaire qui a mérité la plus grande attention dans les essais de guérison par les sels de ce métalloïde. Certains auteurs sont arrivés à de meilleurs résultats avec des sels de silice qu'avec ceux de calcium.

Pour les expériences réalisées à l'Institut Rocha Cabral, de Lisbonne, C. et V. ont employé le ciment portugais puisque sa composition, tant au point de vue physique qu'au point de vue chimique, est identique à celle des autres ciments étrangers, type Portland. Ainsi l'on pourra confronter les résultats obtenus avec ceux des autres chercheurs. Ces expériences, dont le protocole est publié dans l'article original, furent pratiquées sur 145 cobayes. L'introduction du ciment fut faite en différentes séries, par la voie endoveineuse, par la voie digestive et par la voie aérienne sur des cobayes sains et sur des cobayes tuberculisés. L'inoculation, à degré variable d'intensité, fut réalisée par la voie sous-cutanée, chaque inoculation étant contrôlée par ensemencement d'un échantillon de la suspension infectante, afin de déterminer le nombre de bacilles reçus par animal.

Les résultats de ces expériences permirent aux auteurs de conclure que l'action du ciment introduit par la voie endoveineuse, par la voie digestive ou par la voie aérienne varie selon la voie d'entrée dans l'organisme, mais on a presque toujours constaté à l'examen anatomo-pathologique que le ciment pulvérisé agit d'une façon bienfaisante sur les animaux soumis à l'expérimentation par rapport aux animaux témoins.

João Coelho.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

J. Graber-Duvernay. ***Thérapeutique du syndrome de Chauffard-Still*** (*Le Bulletin médical*, t. **49**, nº 17, 27 Avril 1935, p. 289-293). — L'imprécision actuelle de nos connaissances sur l'origine de la maladie de Chauffard-Still ne permet pas de lui opposer une thérapeutique spécifique.

Les cas où l'on a pu prouver un terrain hérédo-syphilitique sont rares; on ne note en général pas d'antécédents suspects de syphilis, les réactions de laboratoires sont négatives et un succès de l'arsénothérapie ne permet de tirer aucun argument étiologique sur la nature de l'affection. Dans un cas, le gonocoque pouvait être mis en cause.

On utilise en général les médications employées dans les rhumatismes infectieux. La chimiothérapie, notamment la chrysothérapie, ont donné des résultats favorables. Chez 3 sujets, âgés de 58 ans, 46 ans et 39 ans, G. a obtenu un résultat nettement favorable et deux améliorations, mais, dans un cas, il y eut ensuite récidive et aggravation rapide.

La calcithérapie, sous forme de gluconate de calcium, a donné deux succès cliniques et deux résultats favorables. L'adjonction d'un ergostérol irradié ne semble pas accroître l'efficacité du médicament.

L'iode est le médicament le plus classique.

La protéinothérapie est capable d'apporter des rémissions prolongées.

Il n'est pas nécessaire de soumettre le malade à un régime restrictif.

Divers agents physiques peuvent calmer les douleurs et donner, au moins provisoirement, un peu d'assouplissement aux jointures.

La crénothérapie doit être surveillée de très près; elle ne sera jamais conseillée au cours des poussées évolutives. L'orthopédie peut rendre de réels services; la chirurgie, par contre, ne paraît pas d'un très grand secours. La parathyroïdectomie ne paraît pas indiquée.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

J. Lavedan. ***Le traitement des tumeurs malignes par le venin de cobra*** (*Paris-Médical*, t. **25**, nº 11, 16 Mars 1935, p. 221-227). — Sur 51 cas de cancers histologiquement confirmés et répartis en divers points du corps, L. a essayé l'action thérapeutique du venin de cobra. 6 n'avaient jamais été opérés ni soumis à la radiothérapie, 45 autres avaient été antérieurement traités, soit chirurgicalement, soit par les rayons X ou γ, soit par les deux méthodes. Tous ces malades étaient considérés comme incurables; 50 pour 100 étaient relativement jeunes (35 à 50 ans), avec état général bien conservé.

On a utilisé une solution de venin de cobra contenant 10 unités-souris par centicube, en commençant par 1/2 cmc et en augmentant de 5 unités toutes les 3 injections jusqu'à administrer en une seule fois 50 unités-souris.

La plupart des malades ont accusé des phénomènes douloureux locaux à la suite de l'injection. Les réactions générales, petites poussées fébriles, céphalées, anorexies, nausées ou vomissements, sont sans importance.

Le venin de cobra, même lorsqu'il est injecté dans les tumeurs, est sans action sur les cancers humains. Sur 42 malades traités par des injections à distance de la tumeur, 40 sont morts, sans que leur tumeur ait régressé, sans même qu'elle ait été arrêtée passagèrement ou simplement ralentie dans son évolution. Aucune amélioration de l'état général n'a été observée. Deux malades sont encore vivants, ils présentaient un cancer du bord de la langue, traité par radium-puncture et curiethérapie. Devant l'échec du traitement prolongé (5 mois) par le venin de cobra, une nouvelle application curiethérapique palliative fut décidée et c'est à elle qu'il faut attribuer la survie.

Des 9 malades ayant reçu des injections de venin de cobra dans leur tumeur, aucun ne présenta une diminution du volume de la tumeur et ils succombèrent en des temps variant de 6 à 8 mois.

L'action sur les algies cancéreuses n'est, par contre, pas niable, mais elle est inconstante, irrégulière, souvent très lente à se produire et le nombre de malades, qui n'éprouvent aucune amélioration à leurs douleurs, est très grand.

Dans ces conditions et quand il s'agit de cancéreux incurables, il paraît logique de réserver le venin de cobra pour les cas rares où la morphine se révèle inopérante; pour les autres, cette dernière garde toutes ses indications.

Robert Clément.

A. Lacassagne. ***Un cancer d'origine hormonale: L'adénocarcinome mammaire de la souris*** (*Paris-Médical*, t. **25**, nº 11, 16 Mars 1935, p. 233-240). — Le carcinome mammaire spontané de la souris est la tumeur la plus fréquente de ce mammifère, mais alors qu'on la rencontre très souvent chez la femelle, elle est exceptionnelle chez le mâle. Même dans les élevages dont les femelles meurent presque toutes de cette affection, les mâles ne sont presque jamais atteints.

La singularité de ce fait a attiré l'attention et a fait procéder à des recherches expérimentales. Des portées de souriceaux mâles, appartenant à une lignée qui fournit environ 72 pour 100 d'adénocarcinomes mammaires chez la femelle, ont été soumis à des injections de folliculine à partir de la naissance. Ce traitement est bien supporté, les caractères de maturité sexuelle apparaissent sensiblement à la date normale. Bien qu'à l'examen extérieur, ces injections de folliculine n'aient pas semblé avoir d'effet sur le développement de la mamelle, sur 12 mâles, 11 ont présenté des adénocarcinomes mammaires, entre 3 mois 1/2 et 10 mois. Ces cancers, évolutivement et histologiquement, étaient semblables aux carcinomes mammaires spontanés de la souris femelle.

La souris mâle, traitée régulièrement par la folliculine depuis la naissance, a, à l'âge adulte, des lobules mammaires aussi développés que les femelles de la même portée. Ce développement de la mamelle est probablement la cause de la cancérisation de cette glande. Sur 9 souris femelles, sœurs des mâles dont il vient d'être question, soumises au même traitement, 7 ont présenté des adénocarcinomes mammaires, les deux autres sont mortes au cours du traitement. Cette expérience est en faveur d'une influence propre de la folliculine sur la production de ces cancers.

Des souris, appartenant à des lignées où le cancer spontané est très rare (moins de 2 pour 100), traitées dans les mêmes conditions, n'ont pas présenté de tumeurs pendant 8 mois. Après un tel délai, toutes les souris de la lignée précédente étaient atteintes ou mortes du cancer. Le facteur héréditaire est donc prépondérant. Mais entre le 9ᵉ et le 18ᵉ mois, tous ces animaux, mâles et femelles, supposés héréditairement réfractaires au cancer, ont eux aussi présenté des adénocarcinomes mammaires.

La folliculine a une action inégale dans les différentes lignées de souris. Il semble que l'adénocarcinome de la souris soit le résultat d'une excitation proliférative prolongée exercée sur la cellule de la glande mammaire.

Ces expériences ont un intérêt thérapeutique, car on peut espérer soit l'action d'une hormone antagoniste de la folliculine, soit qu'une hormone galactogène permette l'évacuation des produits cycliquement déversés dans la glande mammaire.

Robert Clément.

Ferrand, H. Schaeffer et **Martin.** ***Encéphalomyélite subaiguë précoce de la scarlatine*** (*Paris-Médical*, t. **25**, nº 12, 23 Mars 1935, p. 245-247). — Un enfant de 6 ans, au cours d'une scarlatine bénigne, présenta, au 4ᵉ jour de sa fièvre éruptive, une encéphalomyélite qui évolua en deux épisodes. La première phase méningo-encéphalique fut caractérisée par de la somnolence, de la torpeur avec obnubilation psychique et un syndrome méningé, clinique et humoral (212 polynucléaires, liquide aseptique); elle dura 4 jours. Immédiatement après succéda un épisode médullaire, signalé par une réascension brusque de la température, l'exagération de l'obnubilation psychique et l'installation brutale d'une paraplégie flasco-spasmodique, à prédominance unilatérale, sans troubles de la sensibilité, avec troubles des sphincters. 2 jours plus tard, une crise d'épilepsie jacksonienne n'empêcha pas l'amélioration des troubles mentaux et la rétrocession de la paraplégie qui se fit en 1 mois 1/2. L'enfant guérit complètement.

Les accidents présentés par cet enfant doivent être rattachés à une encéphalomyélite disséminée avec réaction méningée comparable à celle que l'on observe au cours des autres maladies éruptives.

Les encéphalomyélites de la scarlatine peuvent apparaître aux diverses phases de la maladie; leur tableau clinique est très variable, car tous les segments du névraxe peuvent être intéressés; elles sont en général de pronostic bénin. La terminaison rare par la mort explique le peu de connaissance que nous ayons de leur substratum anatomique.

L'hypothèse d'une infection associée ou réveillée est peu séduisante, il paraît logique de mettre les accidents sur le compte du virus même de la maladie.

Robert Clément.

Girbal (Marseille). ***L'asthme tuberculeux*** (*Paris-Médical*, t. **25**, nº 17, 27 Avril 1935, p. 386-392). — G. rapporte 3 observations d'asthme chez des sujets âgés de 30, 28 et 39 ans, dont l'asthme aurait débuté respectivement à 18, 21 et 30 ans et ayant coïncidé avec de la fièvre, un état médiocre et, dans un cas, une tumeur blanche du genou.

Pour lui, l'asthme est un syndrome; l'asthme tuberculeux ne doit pas être confondu avec l'asthme chez les tuberculeux. Il constitue une forme clinique caractérisée par l'association de signes d'imprégnation tuberculeuse et de signes d'asthme. Il s'accompagne toujours d'insuffisance hépatique et souvent d'hypocalcémie.

Il relèverait d'une forme jeune atténuée du bacille de Koch et serait « amélioré et souvent guéri

par la chrysothérapie et la calcithérapie intra-veineuse associées au traitement de l'insuffisance hépatique et à une cure climatique ».

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE (Marseille)

H. Roger, J. Alliez et **A. Jouve.** ***Etude clinique et physio-pathologique des accidents nerveux de l'aurothérapie*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. 4, n° 4, 1935, p. 145-169). — Les complications nerveuses vraiment imputables à la chrysothérapie sont rares. Il faut éliminer de ce cadre, en dehors de quelques algies, dont la preuve neurologique n'est pas faite, d'une part, les symptômes nerveux urémiques, résultant d'une atteinte rénale, d'autre part, la réactivation tuberculeuse d'ordre chimiothérapique.

Ce qui domine dans les accidents nerveux du traitement par l'or, ce sont les algies, algies diffuses ou algies localisées, paraissant plus profondes que superficielles et s'apparentant par certains côtés aux algies sympathiques. Les douleurs peuvent être isolées ou associées à des troubles moteurs. Les syndromes algoparétiques siègent surtout aux membres inférieurs.

Les syndromes moteurs purs présentent le type parétique, exceptionnellement le type excito-moteur: spasmes ou convulsions. L'étiquette de polynévrite ne paraît convenir qu'à un petit nombre de faits; le plus souvent, une localisation médullaire ou mésocéphalique paraît plus vraisemblable.

La pathogénie des accidents nerveux de la chrysothérapie ne doit pas être univoque. Il faut faire appel tantôt au mécanisme de l'intolérance, tantôt à celui de l'intoxication par saturation médicamenteuse, tantôt à celui du biotropisme. Parfois, plusieurs processus physio-pathologiques s'intriquent pour réaliser les accidents. Souvent, d'ailleurs, la pathogénie reste imprécise.

Robert Clément.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

P. Pruvost, Brincourt, Livieratos et **M. Leblanc.** ***A propos de l'examen radiologique des cavornes géantes et de leur traitement par le pneumothorax*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. 10, n° 1, 1935, p. 9-23). — 5 observations suggèrent à P., B., L. et L. quelques réflexions sur l'examen radiologique et le traitement des cavernes géantes.

A condition d'être pratiqué en différentes positions, l'examen aux rayons X montre que les cavernes géantes ne sont pas toujours aussi volumineuses que le ferait croire un seul cliché. Il est très rare de rencontrer l'évidement complet de tout un lobe. Les cavernes géantes ne sont pas toujours aussi accolées à la paroi qu'elles le paraissent. Un certain nombre régresse sous l'action du pneumothorax; elles sont souvent moins fibreuses qu'on ne le croit. Aucune de celles observées ne s'accompagnait de rétraction.

Le décollement pleural est réalisable assez souvent dans le cas de cavernes géantes; le pneumothorax est capable de les faire disparaître et peut être efficace malgré l'existence de brides. Des adhérences, des brides très apparentes, se sont étirées suffisamment pour ne pas nuire au collapsus. Aucun incident sérieux n'est venu troubler le cours du traitement; parfois, cependant, les premières insufflations sont suivies d'une douleur violente et brutale dans le côté. Au cours des insufflations ultérieures, le collapsus s'accentue progressivement. Il est souvent nécessaire d'élever les pressions intra-pleurales et de dépasser nettement la pression atmosphérique.

Les cavernes géantes ne constituent donc pas toujours une contre-indication à toute intervention; elles sont susceptibles de guérir à l'aide du pneumothorax.

Robert Clément.

E. Vaucher, J. Kabkaer et **G. Zenguinoff.** ***Considérations sur l'éosinophilie pleurale au cours du pneumothorax artificiel*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. 10, n° 1, 1935, p. 25-37). — Chez 4 tuberculeux, à la suite d'un pneumothorax artificiel, on a pu constater le développement d'un épanchement pleural riche en éosinophiles (entre 10 et 36 p. 100) des cellules trouvées dans le liquide en général louche. Ces épanchements pleuraux ont en général guéri rapidement.

Au premier abord, on pouvait attribuer à l'irritation pleurale le rôle principal dans la production de ces pleurésies à éosinophiles; cependant, des expériences personnelles ont montré à V., K. et Z. que l'irritation pleurale à elle seule, effectuée d'une façon aseptique, n'est pas suffisante pour déterminer une pleurésne et une éosinophilie.

L'éosinophilie pleurale naît sur place, au niveau de la séreuse, et l'éosinophilie sanguine n'est que la conséquence de la migration des éléments développés au niveau du foyer morbide. Les différentes variétés d'éosinophiles trouvées sur les préparations sont en faveur de l'origine locale des éosinophiles pleuraux.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

W. Scholz. ***La sensibilité du cerveau pour les rayons Rœntgen ou pour le radium*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 14, n° 6, 9 Février 1935, p. 189-193). — On admet, en général, que le cerveau adulte est peu sensible à l'égard des diverses radiations. Mais il n'en serait pas de même pour celui des jeunes animaux qui serait beaucoup plus sensible. Pour préciser ces questions, S. a d'abord irradié 8 animaux âgés de 9 à 50 jours et les a soumis à une ou deux doses érythémateuses ou encore à 20,7 ou 27,7 millicuries. Les 20 animaux adultes ont reçu 4 à 20 unités érythémateuses (2.200 à 11.000 R). L'autopsie a été pratiquée entre 16 heures et 3 années après l'irradiation.

Il a été ainsi constaté, déjà au bout de 3 ou 4 semaines, chez les très jeunes animaux, des altérations sévères du cerveau et notamment des processus de nécrose dus à un trouble local de la circulation, qui se passaient principalement dans l'écorce cérébrale. Par contre, les vaisseaux importants n'ont présenté aucune lésion morphologique. Cependant, dans les vaisseaux capillaires et précapillaires, on a constaté des proliférations endothéliales qui ne permettent pas d'exclure une action directe des rayons sur les endothéliums vasculaires. Quant aux cellules ganglionnaires, elles n'ont présenté aucune altération décelable par les nombreuses méthodes utilisées. Parfois, ce sont des hémorragies qui dominent la scène et si les animaux ne meurent pas tout de suite, il se produit des cicatrices qui peuvent ultérieurement donner lieu à des formations kystiques. Parfois, la croissance du cerveau est troublée.

Chez les animaux adultes, les lésions surviennent plus tardivement et c'est sans doute ce qui explique qu'on les ait parfois méconnues. Effectivement, les lésions apparaissent au bout de quelques semaines seulement quelle qu'ait été la dose. Au bout de 3 ou même de 6 mois, ils apparaît des symptômes cliniques tels que des paralysies, du tremblement, de l'ataxie, de la cécité, etc. Les lésions constatées sont d'abord inflammatoires et intéressent l'appareil vasculaire (infiltration dense lymphoplasmacytaire des espaces adventices). La glia périvasculaire présente, elle aussi, des phénomènes d'irritation (cellules en bâtonnets). Les lésions tardives sont constituées par des nécroses totales, multiples, plus ou moins importantes et, plus rarement, par des hémorragies. Les lésions constatées peuvent d'ailleurs avoir des âges différents. On trouve ainsi des nécroses récentes à côté de cicatrices inactives. Il faut donc admettre que l'irradiation provoque une affection cérébrale progressive qui a pour origine les altérations des vaisseaux intracérébraux. En tout cas, ces altérations obéissent à la loi de Bergonié et Tribondeau, d'après laquelle la radiosensibilité d'un espace cellulaire diminue avec la faculté de prolifération et avec la différenciation.

D'une façon générale, il a été utilisé, dans ces expériences, des doses qui ne sont pas utilisées chez l'homme. Cependant, chez quelques animaux, 8 et même 4 doses érythémateuses ont déjà provoqué des réactions (légers phénomènes d'inflammation). D'ailleurs, certains auteurs et notamment Fischer et Holfelder ont constaté, quelques années après, 7 irradiations thérapeutiques représentant une dose totale de 7,5 doses érythémateuses, des processus de nécrose qu'ils rattachent à l'irradiation.

P.-E. Morhardt.

C. Carrié et **L. Herold.** ***Elimination de porphyrine au cours de la gestation normale et pathologique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 14, n° 6, 9 Février 1935, p. 196-198). — Au cours de leurs recherches, C. et H. ont utilisé la méthode spectrocolorimétrique qui leur a permis de constater que, pendant la gestation, on observe une diminution continue de l'élimination de la porphyrine (moins de 15 γ). Aussitôt après l'accouchement, cette diminution progressive fait place à une augmentation assez brusque. D'autre part, au début de la gestation, il arrive que la porphyrine éliminée atteigne des chiffres assez élevés (30 à 40 γ). Il y a lieu d'admettre que cette diminution doit être attribuée à un passage de cette substance colorante dans l'organisme du fœtus. D'autre part, les relations du foie et de la porphyrine sont connues. En cas d'hépatopathie, cette substance est généralement augmentée dans le sang et la porphyrie s'accompagne ordinairement de troubles des fonctions hépatiques.

Or, parmi les états pathologiques de la gestante, l'hyperémésis est considérée comme un syndrome en relations le plus souvent avec une altération hépatique. Dans 21 cas de ce genre, les recherches poursuivies par C. et H. ont montré quatre fois une proportion de porphyrine qui ne dépassait pas les chiffres maxima observés en pareil cas (30 à 40 γ). Par contre, dans les 17 autres cas, les chiffres ont nettement dépassé la normale. Bien plus, chez 13 de ces dernières femmes, on a obtenu des chiffres qui seraient pathologiques pour une femme non gestante. De même, dans 3 cas d'éclampsie, l'élimination de la porphyrine a été augmentée. D'une façon générale, la quantité de cette substance, qui a été retrouvée, a varié avec la sévérité des symptômes cliniques.

Dans l'hyperémésis, on ne peut attribuer ce phénomène à une augmentation de la destruction des érythrocytes. D'ailleurs, les déterminations qui ont été faites au cours de ces recherches permettent d'exclure cette hypothèse. On doit donc considérer que l'hyperémésis s'accompagne d'un trouble de la fonction hépatique qui se traduit par une modification des échanges de la porphyrine.

P.-E. Morhardt.


THÉRAPLIX

Karl Singer. ***Méthodes expérimentales pour rechercher le principe de Castle du suc gastrique et pour apprécier sa signification clinique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 6, 9 Février 1935, p. 200-204). — On sait que Castle a trouvé dans le suc gastrique un facteur « intrinsèque » grâce auquel, en présence d'un facteur extrinsèque apporté par certains aliments, le principe antipernicieux peut être fabriqué au cours de la digestion gastrique. Cette conception a permis d'expliquer certaines anomalies entre la présence d'achylie et d'anémie. En effet, l'achylie vraie, c'est-à-dire l'absence de sécrétion de pepsine et d'acide chlorhydrique, est un phénomène concomitant, mais non pas une cause de la maladie de Biermer. Par ailleurs, le facteur intrinsèque peut être présent dans certains cas d'anémie pernicieuse quand la résorption se fait mal (sténose duodénale, sprue, etc.). Ce facteur se rencontre chez le porc et on ne peut plus aujourd'hui mettre en doute le fait que ce facteur est une substance différente du principe antipernicieux qu'on peut extraire du foie. Ce premier est extrêmement sensible à la chaleur alors que ce dernier peut être chauffé pendant plusieurs heures à 100°, sans perdre son activité.

Pour arriver à mettre en évidence l'existence de ce principe de Castle, S. a recours à la réaction réticulocytaire des rats. Pour pratiquer cette réaction, on recueille le suc gastrique du malade au moyen d'une sonde fine et on procède ensuite à une injection d'histamine. Un quart d'heure plus tard, on commence à aspirer le liquide sécrété en évitant le plus possible qu'il soit mélangé de bile, notamment en injectant dans l'estomac une solution à 5 pour 100 d'acide chlorhydrique qui ferme le pylore. Les rats utilisés pèsent 150 à 200 gr. On choisit les rats en notant que certains d'entre eux, au lieu du chiffre normal (0 à 15 pour 1.000 de réticulocytes), présentent un chiffre pathologiquement élevé (30 à 50 pour 1.000), vraisemblablement par anémie à Bartonella. On injecte le suc gastrique recueilli sous la peau ou dans les muscles à la dose chez un animal de 2 à 3 et chez l'autre de 5 à 8 cmc. Si, le 2e ou le 3e jour, il ne survient pas d'augmentation nette des réticulocytes, la réaction peut être considérée avec certitude comme négative. Le chauffage d'un suc, qui donne une réaction positive, rend la réaction négative.

En cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique, la réaction a été négative dans les 41 cas examinés par S. Ce résultat est négatif aussi bien avec le suc des malades présentant une anémie sévère que chez les malades dont le sang a été nettement normalisé par l'administration de foie. Par contre, chez 40 malades présentant de l'achylie réfractaire à l'histamine, de la chloranémie achylique, de l'anémie hémolytique non pernicieuse, de l'anémie par intoxication ou par lymphogranulomatose, la réaction a toujours été positive.

Le suc gastrique des chiens donne toujours une réaction négative, ce qui confirme les constatations de certains auteurs d'après qui, la poudre d'estomac de chien, contrairement à celle de porc, n'a pas d'effet thérapeutique dans l'anémie pernicieuse.

P.-E. Morhardt.

Reinhard Braun. ***Cataracte diabétique et insulinothérapie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 7, 16 Février 1935, p. 222-227). — Après avoir exposé les discussions qui ont eu lieu pour savoir dans quelles mesures certaines cataractes peuvent être qualifiées de diabétiques, B. remarque que celles-ci sont en tout cas rares. Sur un total de 600 diabétiques examinés à ce point de vue au cours des 18 derniers mois, il n'en a été trouvé que 3 cas. B. donne d'ailleurs un tableau des cas de cataracte diabétique vraie publiés depuis 1924 et concernant 25 sujets. L'âge de ces malades a varié entre 11 mois et 49 ans. Il s'agit donc, contrairement à la cataracte sénile, d'une maladie du jeune âge. Dans la plupart des cas, on a procédé à l'extraction avec des résultats très satisfaisants après insulinisation intense. Cependant, on n'est pas d'accord sur les effets que l'insuline aurait sur les lésions du cristallin. Tandis que certains auteurs considèrent qu'elle est sans influence, d'autres, au contraire, admettent qu'un trouble du cristallin peut disparaître sous l'influence de cette hormone.

B. donne l'observation d'un diabétique de 16 ans, chez lequel on récolte le jour de son entrée 2.700 cmc d'urine contenant 160 gr. de sucre, de l'acide diacétique et de l'acétone. On lui administre aussitôt un régime (72 gr. d'hydrates de carbone) et 120 unités d'insuline. Un examen des yeux, pratiqué 5 jours plus tard, permet de constater l'existence d'une cataracte en rosette postérieure. Ces opacités sont principalement sous-capsulaires. Entre temps, le taux des hydrates de carbone est augmenté et celui de l'insuline diminué. Néanmoins, onze jours plus tard, au cours d'un troisième examen oculaire, on ne constate plus d'opacité.

Cette observation montre donc que des opacités peuvent régresser. Il n'en serait peut-être pas de même s'il s'était agi de désintégration marquée du cristallin. En tout cas, chez ce malade, l'acuité visuelle, qui atteignait moins d'un tiers, a repris sa valeur normale sous l'influence de fortes doses d'insuline.

La cause de ces cataractes ne doit être cherchée, d'après B., ni dans une rétention saline, ni dans l'existence d'un excès de sucre dans le sang, ni dans les parathyroïdes comme le voudraient Nobécourt et Ducas. D'autre part, il y a lieu de se demander pourquoi c'est surtout les jeunes diabétiques qui sont atteints de la cataracte. En ce qui concerne la cataracte sénile, on doit admettre l'existence de facteurs spéciaux qui agissent à côté de troubles diabétiques dans un cas et séniles dans l'autre des échanges, c'est-à-dire en somme une disposition spéciale. A cet égard, une observation de Aoyama, montrant que sur 13 enfants sains de parents consanguins, on observe 7 fois du diabète et 5 fois une cataracte, est particulièrement instructive.

P.-E. Morhardt.

R. Rigler. ***« Water intoxication » et diurèse aqueuse dans l'insuffisance des surrénales; signification des surrénales dans l'osmorégulation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 7, 16 Février 1935, p. 227-228). — On sait que la pression osmotique du contenu intracellulaire s'élève chez les mammifères à environ 8 atmosphères. L'existence de ce fait montre qu'une régulation doit intervenir pour empêcher que cette pression augmente ou diminue exagérément sous l'influence de l'ingestion d'aliments ou d'eau. A côté d'une régulation de la température, il doit donc y avoir une régulation de la pression osmotique. D'ailleurs, il existe des animaux homéoosmotiques ainsi que des animaux poïkilosmotiques.

A cet égard, les surrénales jouent un rôle extraordinairement important. Chez des lapins, des rats et des souris surrénalectomiés, on a constaté, 3 ou 4 jours plus tard, une inhibition marquée de l'excrétion rénale. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une inhibition de la résorption entérale, ni d'une évaporation anormale de l'eau par les poumons. Une solution isotonique de glucose ne provoque pas de diurèse chez les animaux surrénalectomiés, ce qui est surprenant, car le glucose étant rapidement détruit, cette solution devrait se comporter comme de l'eau distillée. Dans une expérience de ce genre, les témoins éliminent, en effet, 10 fois plus d'urine que les animaux d'expérience. D'un autre côté, il existe parfois, chez certains animaux comme les rats et les souris, des surrénales supplémentaires, ce qui expliquerait qu'on puisse, chez eux, en réglant la tempéature et l'humidité du milieu ainsi que le régime alimentaire, plus spécialement sa richesse en chlorure de sodium, arriver à prévenir les effets de l'intervention. Mais ces animaux apparemment normaux se sont cependant révélés insuffisants aussitôt qu'on a mis leur osmorégulation à l'épreuve par l'administration d'eau. Effectivement, des rats et des souris, qui supportaient depuis des semaines l'ablation de leur glande, ont présenté, à la différence des contrôles, après administration d'eau, cet état d'intoxication décrit d'abord par Green et Rowntree, appelé « Water intoxication » et caractérisé par des convulsions et l'absence de toute diurèse, fait qui n'est pas sans analogie avec l'éclampsie.

P.-E. Morhardt.

Richard Kohn et Ludwig Stein. ***L'évolution de la courbe de l'ammoniaque après administration intraveineuse de glycocolle en cas de maladie du foie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 7, 16 Février 1935, p. 233-235). — On a étudié la réduction de la synthèse de l'urée, les troubles de la désamidation, l'augmentation des acides aminés de l'urine ou du sang après ingestion d'acides aminés et notamment de glycocolle ou de gélatine, etc. Mais on n'a pas encore essayé de doser l'ammoniaque du sang après administration d'acides aminés. L'ammoniaque du sang ne peut d'ailleurs pas être toujours attribué à un trouble de la fonction hépatique puisqu'en cas d'acidose, il en est utilisé une certaine proportion pour neutraliser les acides. Néanmoins, étant donné que la réduction expérimentale du parenchyme hépatique augmente la production d'ammoniaque, K. et S. ont procédé à des recherches qui ont consisté à injecter dans les veines du glycocolle (3 gr. dissous dans 20 cmc pour un poids de 70 kilogr.; la dose de 4 gr. 5 n'a pas des effets plus marqués), puis à établir la courbe de l'ammoniaque du sang. Cette injection détermine une sensation passagère de chaleur et de fourmillement dans la tête, dans la langue et dans les membres. Les prises de sang ont été pratiquées 5 à 20 minutes plus tard.

Il a été ainsi constaté que chez les sujets normaux, chez lesquels l'ammoniaque du sang varie de 0,02 à 0,07, celui-ci s'élève rapidement sous cette influence pour atteindre un maximum vers la 60e ou 70e minute et pour revenir à la normale au cours des 110 à 120 premières minutes. En cas d'hépatopathie, le maximum est atteint beaucoup plus tard, c'est-à-dire entre la 110e et la 125e minute. Ainsi, l'ascension est plus lente, de même d'ailleurs que le retour à la normale est beaucoup plus tardif. Dans quelques cas d'hépatopathie cependant, l'élévation de l'ammoniaque dans le sang est très rapide, atteint son maximum entre la 70e et la 75e minute, mais persiste à ce taux pendant 3 heures. Ainsi, la courbe de l'ammoniaque s'est montrée presque toujours pathologique en cas d'affection diffuse du foie et notamment dans des cas de cancer de l'ampoule de Vater, dans la cholangite, dans la cirrhose du foie, dans l'hépatite aiguë, dans l'ictère grave, etc.

Cependant, dans quelques affections et notamment dans la cirrhose hémochromatique du foie et dans un cas de cirrhose atrophique au début où d'ailleurs la réaction de Takata et l'épreuve du galactose étaient négatives, les résultats obtenus se sont montrés normaux.

P.-E. Morhardt.

M. Massa et G. Zolezzi. ***Les effets du rouge Congo dans l'anémie pernicieuse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 7, 16 Février 1935, p. 235-237). — Il a été observé par M. et Z. que l'administration de rouge Congo dans un but diagnostique a été suivie d'une amélioration de l'anémie pernicieuse. La solution utilisée de rouge Congo est à 0,50 pour 100 dans l'eau contenant 0,5 pour 100 de NaCl. Elle se conserve bien et elle s'administre tous les deux jours ou tous les jours à des doses de 9 à 20 cmc. Il est donné ainsi l'observation de 14 malades. Les malades traités peuvent être répartis en trois groupes. Dans le premier, qui comprend

9 cas, on a obtenu des résultats thérapeutiques nets sans autre traitement. Dans un second groupe de 3 cas, on a également amélioré l'état des malades, mais il a fallu recourir au foie pour ramener le sang à la normale. Enfin, dans un troisième groupe de 3 cas, on n'a constaté aucune amélioration hématologique et il a fallu recourir à l'hépatothérapie. Dans 2 cas de symptômes analogues à ceux de l'anémie pernicieuse, le rouge Congo a également ramené les constatations hématologiques à la normale.

Quand le médicament a bien agi, on a constaté en quelques jours la disparition de températures subfébriles, une diminution de volume de la rate et du foie, la disparition des éléments mégaloblastiques, une diminution des lymphocytes quand ceux-ci étaient augmentés, une augmentation des monocytes et parfois aussi des éosinophiles.

P.-E. Morhardt.

Silvio Markees. ***Influence de l'alimentation sans sel sur l'inflammation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 8, 23 Février 1935, p. 260-264). — Divers auteurs ont prétendu, d'une façon d'ailleurs empirique, que la privation de sel dans le régime a une action antiphlogistique. Expérimentalement, ce fait n'a pas encore été étudié et c'est ce que M. a cherché à faire en utilisant la phlyctène provoquée par une application de cantharide. Certains auteurs ont déjà utilisé cette méthode en tenant compte plus spécialement de la richesse en cellules du liquide de la phlyctène. Mais cette manière de faire est peu recommandable car les cellules sédimentent et parce que, d'autre part, la phlyctène peut être compartimentée. Il a donc paru préférable de recourir à la mesure des fonctions respiratoires ou de la glycolyse aérobie en mesurant la teneur du sérum en O^2, en CO^2, en sucre, en acide lactique, en bicarbonate et en ions d'hydrogène. Mais c'est surtout le dosage du sucre qui a donné des résultats intéressants. On a comparé pour cela celui du sérum phlycténulaire avec celui du sang à jeun. D'une façon générale, il a été fait trois déterminations, avant le régime, au moment où la privation de sel était maximum (l'excrétion de NaCl variant de 0,5 à 1,5 gr. par jour) puis après retour à un régime normal. On a ainsi constaté que sous l'influence du régime sans sel, le caractère inflammatoire du liquide phlycténulaire, c'est-à-dire le taux du sucre qu'il contient, augmente appréciablement alors que la glycémie diminue. Dans un cas, les chiffres initiaux ont été pour le sang 97 milligr. et pour le liquide de la phlyctène 51 milligr., soit une différence de 46. Pendant le régime, le sucre du sang s'est abaissé à 88 et celui de la vésicule a remonté à 72, la différence étant réduite à 16. Après retour au régime normal, la glycémie a remonté jusqu'à 97, le sucre de la vésicule s'est abaissé à 58, ce qui fait une différence de 39.

On arrive ainsi à calculer le degré de l'inflammation avant et pendant le régime sans sel et par suite la diminution pour cent du degré de l'inflammation réalisée avec ce régime. Pour cela, on calcule en pour cent du chiffre initial la différence réalisée par l'inflammation. On fait le même calcul pour les constatations faites pendant le régime et pour celles qui ont été faites après retour à la normale. Les trois chiffres obtenus permettent à leur tour de calculer, en pour cent du pour cent initial, les effets réalisés par le régime sans sel. Le chiffre ainsi obtenu a été en moyenne de 55,2 pour 100 sur un total de 27 sujets. Il a été ainsi démontré pour la première fois, d'une façon expérimentale et quantitative, que le régime sans sel a une action antiphlogistique.

P.-E. Morhardt.

Ernst Simonson. ***Quelques problèmes relatifs à la circulation au cours du travail physique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 8, 23 Février 1935, p. 267-270). — L'adaptation de la circulation à l'augmentation des besoins d'oxygène réalisée par un travail physique ne peut pas être due simplement à une augmentation du débit cardiaque par minute. Il faut aussi que le sang arrive en plus grande quantité au cœur et pour cela que les dépôts se vident. Chez le chien, la rate joue à cet égard un rôle important. Il ne semble pas qu'il en soit de même chez l'homme, car chez lui, la rate ne contient guère que 200 cmc de sang. En somme, une augmentation du transport de l'oxygène peut être réalisée d'abord par une utilisation plus complète de l'oxygène du sang, par une augmentation du débit par pulsation et par l'accélération du pouls. C'est ce que montre d'ailleurs le calcul fait sur le principe de Fick.

Cependant, la cinématographie du cœur aux rayons X a montré qu'un travail très sévère, exécuté sur l'ergomètre à bicyclette, ne produit pas d'augmentation du volume du cœur. Il y aurait donc contradiction entre le principe de Fick et les constatations rœntgenologiques. D'autre part, S. et divers collaborateurs ont montré que le rôle essentiel dans cette régulation doit être attribué à une participation active des poumons au processus métabolique. Les variations de l'acide lactique au cours du travail constituent à cet égard, un des phénomènes essentiels. Or, en dosant l'acide lactique du ventricule droit (sang veineux mixte) et celui du sang de l'artère fémorale, on a trouvé 18 fois sur 25 expériences ayant porté sur 5 chiens que la lactacidémie est moindre dans le sang artériel que dans le sang veineux, ce qui témoigne d'une disparition de l'acide lactique dans les poumons vraisemblablement du fait d'un processus oxydatif.

La régulation de la circulation au cours du travail est certainement réalisée d'une façon décisive par l'évacuation des dépôts sanguins. Mais cette fonction est difficile à apprécier quantitativement. La méthode de Fick comme celle des gaz ne donne pas de résultats exacts et suppose qu'il ne se passe aucun phénomène oxydatif dans les poumons. Il en est de même des autres procédés qui ont été proposés de divers côtés.

S. a été ainsi amené à étudier également avec divers collaborateurs la solubilité protéinique du myocarde avant et après une grande fatigue. Il a été constaté ainsi qu'au bout d'une ou deux minutes, cette solubilité protéinique augmente de plus de 100 pour 100 alors que pour le muscle isolé, cette augmentation ne serait que de l'ordre de 17 pour 100. Il faut donc admettre que sous l'influence du travail, l'état physico-chimique des protéines est profondément modifié. L'épuisement de l'appareil circulatoire serait donc en première ligne un épuisement du myocarde et une diminution de sa force de propulsion.

P.-E. Morhardt.

Fritz Lickint. ***Cirrhose hépatique et tabac*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 8, 23 Février 1935, p. 270-271). — Divers auteurs et notamment Moon pensent que dans l'étiologie de la cirrhose hépatique, l'alcool n'est pas seul en cause et que d'autres facteurs doivent intervenir. Parmi les facteurs qu'on pourrait invoquer figure, d'après cet auteur, le goudron. Or, L. remarque que l'injection poursuivie pendant des dizaines d'années, de substances analogues au goudron, comme il s'en trouve dans la fumée du tabac, peuvent à ce point de vue jouer un rôle intéressant. Effectivement, il a été trouvé dans la fumée de la cigarette un résidu de goudron atteignant 4,84 à 15,29 pour 100 dont 6,56 à 11,58 pour 100 pourraient rester dans l'organisme du fumeur. Cette proportion de goudron s'élèverait d'ailleurs quand on fume rapidement. Il est rappelé, en outre, qu'un certain nombre d'expériences ont été faites par Guillain et Gy, expériences d'où il résulte que l'inhalation de la fumée de tabac peut provoquer des lésions hépatiques allant jusqu'à la cirrhose caractérisée. La manière dont il a été procédé à ces expériences donne d'ailleurs à penser qu'à côté du goudron, la nicotine joue également un rôle. Des expériences du même genre faites par J. Adler en témoignent. Le mécanisme par lequel ces substances agiraient ne peut pas encore être précisé, bien qu'on doive songer à ce point de vue au rôle détoxicant du foie.

Au point de vue clinique, il a été signalé également par un certain nombre d'auteurs, que la consommation de tabac peut entraîner des états plus ou moins analogues à la cirhose. Von Noorden en particulier a observé des cas où seul l'excès de tabac paraissait avoir pu causer la cirrhose du foie. Ainsi, il y a lieu d'admettre qu'à côté des états de ce genre dus à la syphilis, à l'infection et à l'alcool, il en est une série qui doivent être rattachés à la consommation du tabac. En tout cas, on devra toujours songer, en face d'un cas de ce genre, à cette étiologie et inversement, surveiller le foie des gros fumeurs. L. a d'ailleurs pour son compte remarqué bien souvent chez les gros fumeurs une légère augmentation du volume et de la sensibilité du foie, parfois accompagnées d'urobilinurie.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague et Vienne)

Holstein (Francfort a. O.). ***Poussières renfermant de l'acide silicique; leurs dangers pour les ouvriers*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 5, 1er Février 1935, p. 140-143). — Seule la poussière contenant de l'acide silicique peut déterminer des proliférations du tissu conjonctif pulmonaire (silicose). Il est certain que la grandeur des corps poussiéreux est de grande importance. H. croit que ceux qui parviennent aux poumons ont une taille de 0,25 μ à 10 μ. Cependant, une certaine prédisposition individuelle est indéniable, surtout le nez pour retenir différemment les poussières, les poumons également semblent avoir aussi des dispositions différentes.

Il est aujourd'hui incontestable que l'acide silicique favorise la formation du tissu conjonctif. Autour du corps poussiéreux, il se forme une sorte de gangue conjonctive: la papule de silicose. On remarque des nodosités qui peuvent atteindre parfois la grandeur d'un poing.

Par suite de la diminution de l'étendue du tissu respirant par les différentes scléroses, l'évolution se fait souvent vers un emphysème chronique.

Radiologiquement, la silicose donne des signes difficiles à interpréter, car ce sont les mêmes que dans la bronchite chronique avec emphysème. Pour la silicose, on trouverait cependant des plages plus en foyers et de plus grandes dimensions. Le diagnostic difficile en réalité est surtout celui de la tuberculose.

Chez les malades atteints de silicose on observe une prédisposition aux bronchites et autres affections pulmonaires.

La tuberculose, qui accompagne souvent la silicose, fait alors montrer ses signes généraux.

H. ne croit pas, comme d'autres auteurs, que le cancer pulmonaire soit dû à la silicose.

Les influences de l'acide silicique sur d'autres organes sont très rares et jamais importantes. La silicose est inguérissable et surtout dangereuse parce qu'elle reste longtemps inaperçue.

Tout ce que l'on peut faire est d'éviter la pénétration des poussières dans les poumons par des mesures d'hygiène professionnelle et là où ce n'est pas possible, il est indispensable d'employer les ouvriers seulement pour un court laps de temps.

Guy Hausser.

Leidler (Vienne). ***Relations entre le vertige et la perte de connaissance*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 5, 1er Février 1935, p. 145-148). — L. a observé le cas d'un homme, âgé de 49 ans, qui souffrait d'une affection cérébro-spinale, probablement une sclérose multiple. Le malade souffrait de vertiges spontanés ou produits par des excitations expérimentales; ces vertiges furent suivis d'absence de conscience pendant plusieurs minutes. On pouvait constater, par ailleurs, un nystagmus intense qui semblait exister depuis plus d'un an.

L. cherche alors la connexité entre le vertige et la perte de connaissance en général. Bien qu'un vertige intense puisse amener un trouble de connaissance, L. ne croit pas que chaque vertige même intense soit suivi d'une perte de connaissance si le système nerveux est intact. En recherchant les causes de chaque perte de connaissance, L. constate que les troubles de la circulation sont de la plus haute importance, bien qu'ils ne soient jamais seule et unique cause On ne connaît pas le centre spécial dans le cerveau dont l'atteinte détermine immédiatement la perte de connaissance En tout cas, l'écorce cérébrale semble paralysée. Egalement, en cas de vertige, on peut y trouver, et probablement encore plus dans les noyaux gris centraux, le centre de la connexité entre les deux symptômes. Aussi, dans le cas observé, peut-on croire à un foyer primitif de sclérose dans le noyau vestibulaire.

Guy Hausser.

E. Kylin (Jönkoping). ***L'albumine est-elle un organe spécifique ?*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 6, 8 Février 1935, p. 171-175). — K. a recherché le comportement de l'albumine et de la globuline après la coagulation sanguine. Il a constaté que, dans la portion de sérum trouvée immédiatement après la coagulation, se trouvent de grandes quantités d'albumine et de petites quantités de globuline tandis que dans des épreuves postérieures on trouvait toujours le contraire. K. croit qu'il est difficile de trouver des limites précises entre albumine, globuline et fibrinogène. Pourtant, il y a des différences surtout du point de vue physicochimique.

Il a constaté que la globuline est une sorte d'intermédiaire entre l'albumine et le fibrinogène. Toutes les qualités de ces deux produits se retrouvent dans la globuline tandis que l'albumine possède quelques qualités que le fibrinogène n'a pas et réciproquement. K. ne croit donc pas que l'albumine du sang se compose de trois matières différentes, mais que ces matières sont très apparentées.

K. a recherché s'il y avait des maladies dues à l'insuffisance de l'albumine sanguine. Il a constaté, en cas de néphrose, une diminution de 5 à 8 p. 100 d'albumine; en même temps, la globuline augmentait. Si l'albumine diminue et que le sujet continue à consommer du sel de cuisine, il se forme des œdèmes.

En général, la globuline augmente dans toutes les maladies infectieuses. K. explique ce fait par l'action des globulines sur les toxines.

K. en déduit que la réceptivité différente des individus, vis-à-vis des infections, dépend de la capacité de leurs globulines de « détoxiner ». D'après K., de toutes constatations, il résulte deux faits: 1° l'albumine du sang est une partie de l'organisme humain, parce qu'elle est une partie irremplaçable du sang; 2° l'albumine du sang remplit une fonction déterminée: celle d'absorber les corps étrangers qui y pénètrent.

Guy Hausser.

Voss (Dusseldorf). ***Relation de cause à effet entre accident et maladie thyréotoxique*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 6, 8 Février 1935, p. 184-185). — V. a observé deux cas dans lesquels on a affirmé la relation de cause à effet entre un accident et le goitre exophtalmique ou une maladie thyréotoxique. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui reçut une chaise en fer sur la tête; 8 jours après l'accident, on observa une exophtalmie en même temps que des palpitations, de l'essoufflement. Il s'agit apparemment d'un goitre exophtalmique. Dans le deuxième cas, le malade avait eu une contusion cranienne lors d'un accident d'auto; après une quinzaine de jours, il commença à souffrir de troubles nerveux à tel point qu'il ne peut plus travailler. Il montrait quelques signes d'un goitre exophtalmique. V. croit que, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une simple réaction psychogène, mais d'un trouble endocrinien.

Guy Hausser.

W. Stoeltzner (Königsberg). ***Le mongolisme avant et après la guerre mondiale*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 7, 15 Février 1935, p. 201). — Le mongolisme est une forme congénitale de déformation corporelle et psychique. Les yeux ressemblent à ceux des mongols, le nez est plat, le crâne est petit et bradycéphale, souvent on trouve une blépharite chronique. Mains et pieds sont courts et quelque peu déformés, le petit doigt montre toujours une courbure de la phalange unguéale. Souvent, on remarque une hypoplasie des organes génitaux avec fréquemment du cryptorchisme. Ces signes sont accompagnés d'imbécillité. Dans les deux premières années, les enfants sont en général tranquilles et apathiques. Ensuite, surviennent une inquiétude et une nervosité caractéristiques. La plupart des enfants mongoloïdes meurent dans l'enfance, le plus souvent de tuberlose et de broncho-pneumonie.

Une thérapeutique efficace n'existe pas. Là où le mongolisme est associé à une hypothyroïdie on pourra faire intervenir des traitements opothérapiques.

L'étiologie du mongolisme est assez obscure. On n'a pas pu constater de liens héréditaires. Le mongolisme n'est connu que depuis la fin du siècle dernier. Tandis qu'avant la guerre seulement des femmes âgées, ayant déjà mis au monde plusieurs enfants, avaient des mongoloïdes, après la guerre, les cas sont fréquents où de jeunes mères ont eu de tels enfants. S. croit que l'emploi de médicaments anticonceptionnels chimiques peut endommager le germe et favoriser l'apparition du mongolisme.

Guy Hausser.

Sylla (Halle a. Saale). ***Fréquence des mouvements respiratoires et intoxication par l'aspirine*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 10, 8 Mars 1935, p. 314-317). — L'augmentation de fréquence des mouvements respiratoires cause une « surventilation » que l'on observe fréquemment à la suite d'inquiétudes psychiques ou de fatigues. De telles surventilations amènent une augmentation considérable de l'élimination de l'acide carbonique et une augmentation du quotient respiratoire. Une surventilation prolongée pourrait amener l'alcalose sanguine (acapnie).

On observe une augmentation de la fréquence avec un grand quotient respiratoire en cas d'acidose (urémie, coma diabétique, coma urémique). S. rapporte une telle augmentation au cours d'une intoxication par de l'aspirine où on observait également de l'acidose. Dans le cas de S., la surventilation, pourtant très accentuée, n'amena pas une élimination abondante d'acide carbonique par les poumons. Enfin, dans d'autres cas, S. a observé que, malgré une acidose accentuée, la surventilation ne se produisait pas probablement à la suite de la diminution de la sensibilité du centre respiratoire.

En général, la fréquence des mouvements respiratoires est plus grande avec l'air atmosphérique qu'avec l'oxygène. Il en est de même du quotient respiratoire. Au contraire, l'inverse se produit si le centre respiratoire est endommagé.

Guy Hausser.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE
(Berlin)

K. L. Anselmino et **F. Hoffmann.** ***A propos de la fonction thyroïdienne pendant la grossesse et de la présence dans le sang des femmes enceintes de l'hormone thyroïdienne*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **159**, f. 1, 22 Février 1935, p. 84-93). — Si l'on étudie la fonction thyroïdienne de la femme enceinte, en utilisant la méthode des injections de sérum, on peut se demander si les manifestations d'hyperthyroïdisme qui se produisent ne sont pas imputables à l'hormone thyréotrope anté-hypophysaire. C'est dans cet esprit que A. et H. ont entrepris une série d'expériences chez l'animal en utilisant non plus l'injection sous-cutanée, mais en faisant ingérer le sérum de femmes enceintes, étant donné que, par ingestion, l'hormone anté-hypophysaire est détruite au niveau du tube digestif tandis que l'hormone thyroïdienne conserve son activité. Or, leurs recherches nombreuses, exécutées par ce moyen, ont abouti à des résultats analogues à ceux que donne l'injection sous-cutanée: augmentation du métabolisme basal, diminution du glycogène hépatique, augmentation des corps acétoniques. On est donc en droit d'exclure l'influence de l'hormone préhypophysaire et plus spécialement de l'hormone thyréotrope préhypophysaire exerçant une action indirecte sur la glande thyroïde et on est également en droit de conclure que le sang des femmes enceintes contient une grande quantité d'hormone thyroïdienne à action directe sur la glande thyroïde.

Au total, l'exagération de la fonction thyroïdienne au cours de la gestation se démontre: 1° par l'aspect histologique de la thyroïde; 2° par les données du métabolisme; enfin, 3° par une certaine analogie clinique entre les effets de la gestation et ceux de l'hyperthyroïdisme dans plusieurs anomalies du métabolisme.

Henri Vignes.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig et Dresde)

R. Lotzin. ***A propos de la disparition des plis muqueux de l'estomac et de ses rapports avec le système vasculaire*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **51**, n° 4, Avril 1935, p. 329-338). — Les recherches anatomiques confrontées avec les résultats de l'examen radiologique ont conduit L. à démontrer que c'est à la disposition du réseau vasculaire sous-muqueux qu'il convient d'attribuer les variétés anatomiques consécutives à une disposition des plis de la muqueuse différant de celle que Chaoul a décrit pour les plis longitudinaux.

L. étudie dans son travail le développement, chez le fœtus, des plis muqueux et met en évidence l'influence, sur sa disposition, de l'évolution du système vasculaire.

De ces recherches L. conclut que ce sont des raisons anatomiques qui conditionnent la disposition variable des plis longitudinaux et que, par suite, il n'y a pas lieu d'attribuer un rôle à la mobilité de la muqueuse sur la disposition des plis muqueux.

Morel Kahn.

G. Forssell. ***Contribution à l'étude de la répartition des artères de la sous-muqueuse et de la muqueuse gastrique en rapport avec le relief de la muqueuse*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **51**, n° 4, Avril 1935, p. 338-341). — Cet article de F. a été écrit en réponse au travail, résumé dans ce journal, de Lotzin. F. con-

LA BISMUTHOTHÉRAPIE ASSURÉE PAR UN SEL LIPOSOLUBLE

SOLMUTH

Solution huileuse de Campho-Carbonate de Bismuth

LABORATOIRES LECOQ & FERRAND, 14, rue Gravel, LEVALLOIS, près PARIS

Dépôt : PHARMACIE LAFAY, 54, Chaussée-d'Antin, PARIS

MALADIES DU FOIE

HEPATIC EFA

EXTRAITS VÉGÉTAUX SANS TOXICITÉ, SANS INTOLÉRANCE

VÉSICULES DOULOUREUSES
INSUFFISANCE BILIAIRE. LITHIASE
— COLIQUES HÉPATHIQUES —
CHOLECYSTITES — DERMATOSES, —

MODE D'EMPLOI : 1° LE MATIN A JEUN, UN CACHET DANS UN PEU D'EAU
2° 1/4 D'HEURE APRÈS, UNE AMPOULE DANS 1/4 DE VERRE D'EAU

SE VEND EN BOITE DE 12 CACHETS ET 12 AMPOULES DE 5cc BUVABLES

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

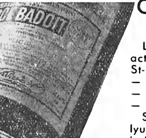
LABORATOIRES EFA CARENTAN (MANCHE)

JUS DE RAISIN

CHALLAND

ALIMENT DE RÉGIME
ASSIMILABILITÉ PARFAITE
CURE DE RAISIN

JUS DE RAISIN CHALLAND, S. A., à NUITS-St-GEORGES (Côte-d'Or)



CONTRE L'ARTHRITISME

L'eau de St-Galmier Badoit a une action diurétique puissante. En effet, St-Galmier Badoit
— est une eau froide,
— une eau peu minéralisée,
— renferme de l'ozotate de calcium.

St-Galmier Badoit provoque une polyurie aqueuse et une polyurie solide (solubilisant les déchets, elle élimine l'acide urique)

L'eau de St-Galmier Badoit est indiquée chez tous les infectés urinoires, particulièrement dans les pyélonéphrites à colibocille, les néphrites légères. Elle est recommandée dans toutes les manifestations de l'arthritisme.

Saint-Galmier BADOIT

PUBL. ELVINGER

FARINE LACTÉE

Salvy

DIASTASÉE

Échantillon gratuit, Littérature : 4, rue Lambrechts, COURBEVOIE (Seine)

sidère que ce n'est pas la disposition du réseau artériel sous-muqueux qui commande la situation des plis de la muqueuse gastrique, mais bien que les rameaux artériels se mobilisent avec le plissement de la muqueuse.

Il n'existe aucune différence entre les plis longitudinaux et transversaux qui soit en rapport avec la répartition des vaisseaux sous-muqueux lors de la formation de ces plis.

MOREL KAHN.

ZEITSCHRIFT für UROLOGISCHE CHIRURGIE (Leipzig)

F. Schaffhauser (Zurich). ***Des foyers intra-rénaux exclus de tuberculose. Contribution à l'étude de la guérison spontanée de la tuberculose rénale*** (*Zeitschrift für urologische Chirurgie*, t. **40**, fasc. 6, 19 Février 1935, p. 420-439). — Pratiquement, peut affirmer une fois de plus S., la thérapeutique de la tuberculose rénale ne doit jamais compter sur une guérison spontanée des lésions.

On ne doit parler de guérisons spontanées que lorsque sur un rein qui a été tuberculeux, on ne trouve plus que des vestiges purement cicatriciels de la tuberculose et que la fonction rénale est conservée. Il n'a été, jusqu'à présent, publié que deux cas de guérison répondant à ces conditions.

S. rappelle les deux observations, l'une de Castaigne, l'autre de Wildbolz qui ont trait à ces guérisons spontanées certaines. Il pense qu'il n'en est pas de même de trois autres observations de Péchère, Kümmell et Chwalla qu'il résume également. Il cite ensuite trois observations personnelles où s'est fait un processus d'exclusion de la tuberculose, mais où il ne peut admettre qu'il s'agisse, en dépit des apparences cliniques, de guérison. S. reste aussi partisan que jamais de la néphrectomie dans la tuberculose rénale.

G. WOLFROMM.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

P. E. Laurent. ***Le traitement de la myasthénie par la prostigmine*** (*British medical journal*, n° 3870, 9 Mars 1935, p. 463-466). — En Juin 1934, Mary Walker, partant de cette idée que les symptômes de la myasthénie ressemblaient à ceux produits par le curare, traita une malade atteinte de myasthénie par la prostigmine qui est l'antidote du curare. Elle pensait que la prostigmine était capable de combattre les effets de la substance inconnue qui exerce dans la myasthénie une action semblable à celle du curare sur les fonctions myoneurales. Elle obtint une amélioration, mais elle ne continua pas son expérimentation en raison des accidents digestifs que donnait cette substance.

L. a traité 7 cas de myasthénie par des injections de prostigmine, ce qui porte à 16 le nombre de cas traités jusqu'ici en Angleterre. Tous ces malades ont bénéficié de ce traitement, c'est-à-dire que les symptômes cessent pendant 2 ou 3 heures après une injection de 2 cme de prostigmine accompagnée de 1/4 milligr. d'atropine. Les réactions sont minimes : éructations, vertiges, pleurs, contractions des paupières, sensation de raideur autour des yeux, photophobie, transpiration. Ces symptômes surviennent 20 à 30 minutes après l'injection et durent quelques minutes. Les malades supportent bien ces réactions pour être soulagés par l'injection.

ANDRÉ PLICHET.

G. Kayne. ***Tuberculose et contagion familiale*** (*British medical journal*, n° 3874, 6 Avril 1935, p 692-697). — Le contact post-natal avec des parents tuberculeux n'est pas toujours fatal et même n'infecte pas toujours les enfants; cependant, il est à l'origine d'un grand nombre de cas de tuberculose des enfants.

Plus l'enfant est jeune, plus il a de chances d'être infecté et plus il est jeune lorsqu'il est infecté, plus le pronostic est grave.

Séparer l'enfant en contact avec un parent tuberculeux, avant que l'infection se déclare, empêche le développement de la tuberculose tout au moins jusqu'à l'âge de 4 ans. Il est possible que séparer un enfant déjà infecté puisse aussi empêcher, en certains cas, le développement de la tuberculose, mais cela peut être dû aux conditions d'hygiène améliorées plus qu'au manque de contaminations réitérées.

Il est difficile de prouver que la séparation d'un enfant plus vieux avec une cuti positive ait un effet quelconque sur l'éclosion d'une tuberculose; il faut noter que la mortalité tuberculeuse chez des enfants de cet âge est très basse. L'hygiène peut avoir là une heureuse influence. Toutefois, la séparation est indiquée pour les enfants non tuberculeux jusqu'à l'âge de 5 ans, quoique le danger, quand le premier contact se produit à cette période, ne soit pas aussi grand que chez les nouveau-nés.

ANDRÉ PLICHET.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

R. H. Young et **E. E. Osgood.** ***Cytologie de la moelle sternale aspirée durant la vie dans l'état de santé et de maladie*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 2, Février 1935, p. 186-203). — Y et O. indiquent leur technique de prélèvement de la moelle sternale, qui est une modification de la méthode bien connue d'Arinkin et se montre d'un emploi très pratique en clinique. La principale particularité est que la moelle aspirée (1 à 2 cmc) est mise dans un tube à essai de 10×12 mm., renfermant 2 à 4 milligr. d'oxalate de potasse pulvérisé qu'on agite avec le liquide retiré. On pratique ensuite toutes les variétés d'examen que l'on peut faire sur le sang oxalaté.

La simplicité de la technique et la définition précise de la morphologie cellulaire font de cette méthode un procédé précieux pour l'étude de l'histogénèse des cellules sanguines et pour la solution de nombreux problèmes diagnostiques délicats. La seule critique dont elle soit passible, c'est que les cellules ont perdu leurs rapports de contiguïté, à l'inverse de ce qui a lieu avec les méthodes de biopsie de la moelle utilisant des coupes.

Y. et O. ont étudié la moelle sternale de nombreux sujets bien portants et de malades atteints d'affections sanguines variées (numération différentielle des éléments, réaction de la peroxydase, numération des réticulocytes, etc.), en pratiquant des examens parallèles sur le sang veineux oxalaté.

Ils ont pu constater que les monocytes dérivent d'une cellule-souche (monoblaste), présentant une morphologie identique à celle du myéloblaste, que les mégaloblastes sont les précurseurs des normoblastes et ne sont pas l'élément cellulaire spécifique de l'anémie pernicieuse, enfin que les granulations basophiles des hématies apparaissent dans la moelle même.

L'étude de la moelle sternale pathologique leur a permis de poser le diagnostic d'anémie aplastique et celui de leucémie subleucémique à monocytes; elle a été d'un précieux secours pour différencier la maladie de Banti de la maladie de Gaucher, l'anémie de la syphilis congénitale de l'anémie aplastique et de la leucémie aleucémique, enfin le myélome multiple des métastases des tumeurs malignes. A noter dans le paludisme l'abondance spéciale des hématozoaires dans la moelle.

P.-L. MARIE.

S. H. Proger et **C. Korth.** ***Effet de l'exercice musculaire modéré sur les sujets atteints de cardiopathies*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 2, Février 1935, p. 204-226). — On connaît jusqu'ici assez mal l'influence de l'exercice physique modéré et répété sur les cardiopathes. Le travail d'Oertel, basé uniquement sur les effets subjectifs enregistrés, ne résiste pas à la critique.

P. et K. ont choisi 6 sujets jeunes, atteints de cardiopathies rhumatismales, 3 d'insuffisance aortique et de lésions mitrales à la fois, et 3 de maladie mitrale avec fibrillation auriculaire; aucun ne présentait de signes de défaillance du cœur droit ni gauche. Ils pédalèrent sur une bicyclette fixe d'une à deux heures par jour pendant 5 à 6 semaines. Deux sujets de même âge servirent de témoins. Tous furent soumis à des examens répétés (vitesse du pouls et de la respiration, consommation d'oxygène, volume respiratoire par minute, débit cardiaque, rapidité de la circulation déterminée au moyen de la décholine, capacité vitale, électrocardiographie et téléradiographie, tant au repos que pendant l'exercice).

Au repos, on ne constata pas de modifications notables dans la vitesse du pouls et de la respiration, ni du côté de la ventilation pulmonaire et de la consommation d'oxygène. Chez un patient atteint de maladie mitrale l'exercice dut être cessé en raison d'une hémoptysie; pendant la quatrième semaine on avait noté de la gêne pendant le pédalage et une réponse défectueuse au travail imposé; le débit cardiaque, de 3 litres 2 par minute avant l'entraînement, était tombé à 2 litres 5 avant l'hémoptysie, pour remonter à 3 litres 2 après quelques jours de repos. La diminution du débit cardiaque s'accompagna d'une augmentation dans la différence de la teneur en oxygène dans le sang artériel et le sang veineux. Chez les autres patients cette différence et le débit cardiaque au repos ne se modifièrent pas.

Chez les malades qui s'améliorèrent avec l'exercice, on trouvait un léger ralentissement de la vitesse du sang au repos. La capacité vitale de deux des patients que l'exercice améliora présenta une augmentation nette. Chez les sujets normaux et chez les autres elle demeura inchangée. La faculté de pouvoir retenir sa respiration se montra parallèle d'ordinaire à la capacité vitale.

Parmi les 3 malades dont la réponse à l'exercice s'améliora nettement, on constata chez l'un une augmentation de l'onde P de l'électrocardiogramme en dérivation II, et chez les 2 autres un accroissement de hauteur de l'onde T. Chez celui qui fit une hémoptysie on nota un allongement de l'intervalle P-R, une augmentation de P en dérivation II et une inversion de P en dérivation III. Il n'y eut pas de modifications significatives des téléradiogrammes.

Les observations faites permettent de dire que chez les deux sujets normaux il y eut une légère amélioration des épreuves; les trois malades atteints à la fois de lésions aortiques et mitrales présentèrent une amélioration marquée; un patient atteint uniquement de maladie mitrale ne se modifia pas tandis qu'un autre s'aggrava et qu'un troisième atteint de maladie mitrale avec fibrillation auriculaire se montra très légèrement amélioré.

P. et K. discutent ces résultats divergents et essaient d'en fournir une interprétation. Ils insistent sur le parallélisme frappant qui exista entre la vitesse du pouls et la consommation d'oxygène pendant l'exercice au cours de la période d'entraînement; la numération des pulsations durant l'exercice chez les cardiopathes peut constituer un test fonctionnel très utile.

P.-L. MARIE.

P. R. Nuzum et **A. H. Elliot.** ***Le diamètre transverse du cœur chez les hypertendus*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 2, Février

1935, p. 293-303). — Chez 175 sujets indemnes de cardiopathie et chez 79 hypertendus N. et E. ont comparé le rapport entre le diamètre transverse du cœur et le diamètre intérieur du thorax (rapport de Danzer) déterminé au moyen de l'orthodiagraphie, avec les diamètres cardiaques normaux-types établis orthocardiographiquement par Hodges et Eyster au moyen de l'analyse statistique en fonction de l'âge, du sexe, du poids et de la taille. En s'adressant à des malades présentant un type de lésion cardiaque, à savoir une hypertrophie du cœur liée à l'hypertension, ils ont pensé arriver à établir la valeur de ces deux méthodes.

Ils ont trouvé une corrélation directe entre le rapport cardio-thoracique de Danzer et le poids du corps chez les sujets présentant ou non de l'hypertrophie cardiaque, en ce sens que les sujets maigres tendent à avoir un diamètre transverse du cœur moindre que la moitié du diamètre interne du thorax, et les obèses un diamètre transverse supérieur à la moitié du diamètre thoracique, compte tenu de l'erreur expérimentale dans la détermination.

D'autre part, les diamètres prédits par les tables de Hodges et Eyster, tout en se rapprochant davantage des diamètres réels trouvés chez les sujets indemnes d'hypertrophie cardiaque, ne permirent pas de déceler la présence d'une hypertrophie du ventricule gauche chez les sujets obèses, mais furent un guide satisfaisant chez les individus de poids normal ou inférieur à la normale. N. et E. se demandent s'il s'agit d'une faute de la méthode elle-même ou bien s'il ne faut pas plutôt penser que chez les obèses, par suite de causes mécaniques, l'hypertrophie du ventricule gauche ne se révèle pas par une augmentation notable du diamètre transverse du cœur.

En tout cas, les deux méthodes n'arrivèrent pas à établir l'hypertrophie chez 20 pour 100 des sujets chez lesquels on pouvait la présumer.

Ces conclusions concernant la valeur de ces deux méthodes furent confirmées par une série de vérifications nécropsiques.

N. et E. ont comparé en outre la fréquence de l'hypertrophie cardiaque et la déviation à gauche de l'axe de l'électrocardiogramme, mais le rapport est trop mal défini pour pouvoir être utilisé à déceler l'hypertrophie cardiaque.

P.-L. Marie.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

W. Horsley Gantt. ***Effet de l'alcool sur l'activité corticale et sous-corticale mesuré par la méthode des réflexes conditionnés*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **56**, n° 2, Février 1935, p. 61-83). — G. a étudié l'action de l'alcool chez 5 chiens vivant dans le laboratoire depuis au moins un an et dont les réflexes étaient bien connus. On commença par administrer l'alcool grâce à un tube gastrique, puis on réussit à le leur faire absorber par la bouche, soit en le diluant, soit en le mélangeant avec du lait. Les doses administrées furent de 1/2 cmc d'alcool par kilogramme de poids, 1 cm. 5 et 3 à 4 cm. par kilogramme. Les petites doses correspondent pour un homme moyen de 70 kilogr. à un plein verre de vin de Porto ou à la moitié de cette dose de whisky. Les autres doses sont 3 et 6 fois plus grandes. Les animaux étaient mis dans une chambre silencieuse 10 à 30 minutes après l'ingestion d'alcool et les réponses conditionnées ou non étaient cherchées une heure après. C'est à ce moment que l'effet de l'alcool est maximum; la plus haute concentration de l'alcool dans le sang se montre entre 60 et 80 minutes après l'ingestion.

L'alcool augmente la période de latence des réflexes sécrétoires et moteurs, même à doses modérées et, à hautes doses, diminue l'intensité des réactions conditionnées et trouble l'équilibre entre excitation et inhibition.

Dans la mesure où la conduite de l'homme peut être exprimée en état d'excitation et d'inhibition et les écarts de la normale mesurés, les notions expérimentales concernant l'alcool peuvent devenir applicables en thérapeutique dans les cas où il y a exagération de l'un ou l'autre de ces états.

Robert Clément.

J. J. Abel, E. A. Evans jr., B. Hampil et **F. C. Lee.** ***Recherches sur le tétanos. — II : La toxine du bacille tétanique n'est pas transportée au système nerveux central par quelques composants des troncs des nerfs périphériques*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **56**, n° 2, Février 1935, p. 84-114). — Cet article est surtout une discussion des expériences et des théories antérieures sur le mode de pénétration de la toxine et les voies qu'elle emprunte pour atteindre le système central. A., E., H. et L. ne croient pas que la toxine tétanique et les colorants en solution aqueuse, injectés soit dans les nerfs, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les muscles ou même dans les veines, empruntent le cylindraxe, les vaisseaux lymphatiques ou les espaces tissulaires des nerfs moteurs périphériques pour atteindre les cellules du système nerveux central. Ils s'appuient sur les travaux anatomiques sur les lymphatiques des troncs nerveux qui ont montré que la lymphe des nerfs, comme celle des autres parties du corps, aboutit finalement au sang veineux et non dans le liquide cérébrospinal. Ils font état également de travaux antérieurs qui montraient que les alcaloïdes et les colorants ne peuvent être diffusés dans le corps par un mécanisme périphérique comme celui qui utiliserait l'emploi des espaces tissulaires.

Des publications ultérieures donneront les résultats des expériences sur l'influence de la dénervation totale sur la pénétration du poison et sur divers aspects du tétanos expérimental.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Ernst Pribram. ***Equilibre dynamique du sucre et de l'urée dans le sérum de sujets sains et malades*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 8, 23 Février 1935, p. 184-187). — P. appelle équilibre statique du sucre du sang la quantité de sucre libre que l'analyse décèle dans le sérum. L'équilibre dyanmique est mesuré en ajoutant à du sérum une proportion donnée de glucose et en procédant à un nouveau dosage. Dans ces conditions, on trouve, en général, chez les sujets sains, 50 à 80 pour 100, le plus souvent 75 pour 100 de sucre ajouté. C'est ce qui a pu être fait chez 70 pour 100 des 224 sujets examinés en utilisant la méthode microchimique usuelle. Dans 30 pour 100, par contre, ce pouvoir de fixation était anormal, dans 18 pour 100 trop faible et dans 12 trop élevé.

Le sucre introduit a été intégralement retrouvé (valeur de fixation = 0) chez un diabétique de 18 ans présentant une glycémie de 210 milligr., chez une morphinomane de 21 ans, chez un acromégalique et chez un asthénique de cause inconnue. Le pouvoir de fixation a été très faible dans un cas de saturnisme, dans un cas d'intoxication par les vapeurs acides et dans la plupart des quelques cas d'affections aiguës qui ont pu être examinés à ce point de vue.

Par contre, le pouvoir de fixation a été trouvé en général exagéré, soit chez des sujets présentant un métabolisme de base faible avec ou sans symptômes cliniques d'hypothyroïdisme, soit chez des obèses. En tout cas, l'administration de thyroïde a eu des effets chez la plupart de ces sujets.

Il existe un équilibre dynamique également en ce qui concerne l'urée. Si à un sérum contenant 200 milligr. de glucose, on ajoute 30 milligr. d'urée, on en retrouve ensuite 30 à 60 pour 100 seulement de la quantité ajoutée. Sur 220 sujets examinés à ce point de vue, il en est 19 chez lesquels la fixation de l'urée était plus élevée et 22 où elle était plus basse. Elle a été nulle en particulier quand la rétention d'urée était élevée. Dans la plupart des cas où il y avait anomalie à ce point de vue, il s'agissait d'ailleurs d'une affection sévère (tumeur dans la région des reins, hypertrophie de la prostate, arthrite sévère, cirrhose). La constitution hypothyroïdienne s'observe également souvent quand le pouvoir de fixation pour l'urée est élevé.

Chez l'animal, il a été fait des expériences avec des électrolytes dont les uns se sont montrés avoir une action anabolique ou assimilatrice (chlorure de fer) et les autres une action catabolique ou dissimilatrice (chlorure de potassium). Les sels de fer ont manifesté une action intense sur l'équilibre dynamique du sucre et de l'urée, le sérum ayant atteint pour ces deux substances la valeur maxima. Le chlorure de potassium a eu des effets précisément inverses et a diminué ce pouvoir de fixation par exemple de 70 à 42 pour 100. En cas d'élévation du taux de l'urée du sang, il est donc nécessaire d'être particulièrement prudent dans l'administration de potassium. Il en est de même chez les diabétiques et chez tous les sujets dont le pouvoir de fixation du sérum est diminué.

Au point de vue thérapeutique, P. fait remarquer qu'en tenant compte des constatations ainsi faites, on pourra régler le traitement. Si le pouvoir de fixation est faible en même temps que les constantes physiques (viscosité, index réfractométrique, etc., etc.) sont basses, on aura intérêt à donner de l'insuline et du sucre. Quand le pouvoir de fixation est élevé, on aura plutôt recours à des doses prudentes de thyroïde.

P.-E. Morhardt.

L. Michaud et **R. Girod.** ***Remarques sur la néphropathie mercurielle*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 8, 23 Février 1935, p. 188-190). — Comme Askanazy, M. et G. pensent que le mercure à doses toxiques provoque au niveau des reins, non seulement de la dégénérescence épithéliale allant jusqu'à la nécrose, mais aussi des signes indubitables d'inflammation. De plus, le mercure, qui s'attaque aux éléments parenchymateux et non pas aux vaisseaux comme le plomb, provoque des lésions qui sont entièrement réversibles. Mais à côté de celles-ci, il en survient sous l'influence de ce métal qui intéressent, elles aussi, les vaisseaux et provoquent notamment des processus de dégénérescence au niveau des glomérules comme au niveau des tubes, c'est-à-dire en somme de la glomérulonéphrite. L'aspect histologique du rein lésé par le mercure est donc mixte et révèle des lésions à la fois parenchymateuses et mésenchymateuses.

A ce titre, la néphropathie mercurielle présente des analogies frappantes avec la néphrose lipoïdique: forte albuminurie, œdème, tension artérielle normale, absence d'altérations du fond de l'œil, hypercholestérinémie et pronostic favorable. Effectivement, M. et G. admettent, contrairement à Volhard, qu'il existe des œdèmes dans la néphropathie au sublimé. De plus, en cas de néphrose lipoïdique, les lésions ne sont pour ainsi dire jamais limitées aux tubes. Ainsi, la différence entre les néphroses et les lésions rénales d'origine mercurielle n'est que graduelle.

De plus, les inclusions graisseuses des épithéliums tubulaires sont dues non pas à une dégéné-

rescence, mais à un processus d'infiltration de la cholestérine qui entre en jeu, provenant des régions extrarénales. A ce propos, il est fait le calcul qu'une intoxication par 10 centigr. de mercure représente pour un organisme de 100 kilogr. un nombre d'atomes de mercure qui s'élève par millimètre cube à la somme 3×10^{12}, ce qui suffit pour expliquer des modifications des protides, des lipides et des minéraux du sang. D'autres produits toxiques peuvent intervenir de même dans toute néphrite d'une espèce différente.

L'évolution de la glomérulonéphrite mercurielle est souvent bénigne. Mais, cependant, dans cette affection, on rencontre des signes d'inflammation incontestables: les néphroses seraient des néphrites à évolution particulièrement lente. De fait, ces foyers inflammatoires doivent provoquer l'apparition de cicatrices qui entament quelque peu les fonctions rénales. La production de tissu conjonctif si elle est parfois discrète peut, dans d'autres circonstances, être assez considérable comme l'ont montré des expériences faites sur l'animal.

P.-E. Morhardt.

H. v. Meyenburg. ***La signification des affections du myocarde dans la dystrophie musculaire progressive*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 10, 9 Mars 1935, p. 217-218). — M. donne le résultat de l'examen anatomique d'un sujet ayant présenté avant la mort, survenue à 22 ans, les signes typiques d'une dystrophie musculaire progressive. Macroscopiquement, le cœur présentait une dilatation générale avec amincissement des parois, coloration brun-rouge, semis de taches blanchâtres ou jaunâtres, les valvules, l'endocarde, le péricarde et les coronaires étant par contre normaux. Microscopiquement, on a constaté l'existence d'atrophie qui intéresse parfois des faisceaux entiers surtout dans la partie moyenne des parois, de l'hypertrophie surtout dans la région subendocardique et enfin de la fibrose sans aucun signe inflammatoire. Le tissu gras, qui était assez rare dans la région subépicardique, se trouvait assez abondamment représenté entre les faisceaux musculaires et notamment dans la région où les faisceaux étaient atrophiés.

Il y a lieu de penser que ces altérations du myocarde sont caractéristiques de la dystrophie musculaire progressive. Il est vrai que, par ailleurs, il n'a pas été constaté dans le cœur la multiplication des noyaux qui, au cours de cette maladie, s'observe dans les muscles squelettiques. Dans l'observation en question, le cerveau, la moelle et les nerfs moteurs étaient absolument intacts. Les lésions du cœur s'expliqueraient bien s'il se révélait finalement que cette affection est due à une altération primitive du sympathique.

P.-E. Morhardt.

Karl Lenggenhager. ***Nouveautés sur les plaquettes sanguines*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 12, 23 Mars 1935, p. 278-280). — On admet cliniquement que, sous l'influence d'une surface étrangère à l'organisme ou de l'air, les plaquettes sanguines abandonnent la thrombokinase ou le cytozyme qui provoque finalement la coagulation. Mais s'il a été facile de mettre en évidence le fait que les globules rouges et blancs ne participent pas à la coagulation, par contre, le rôle des plaquettes est moins étudié, car on n'arrive pas à les éliminer par centrifugation.

Pour étudier leur rôle, L. a ajouté à du sang fraîchement recueilli du sérum également recueilli d'une façon toute récente par défibrination. A l'ensemble, il ajoute un excès de citrate de soude (4 à 5 pour 1.000). Cet ensemble est aussitôt défibriné par battage et on obtient ainsi, après centrifugation courte, un mélange pratiquement dépourvu de cellules et constitué par du sang citraté défibriné et par du sérum actif citraté.

Les plaquettes qu'il contenait primitivement n'ont disposé que d'un temps très court pour lui abandonner la thrombokinase. Une autre partie du sang est traitée de façon analogue en laissant aux plaquettes tout le temps nécessaire (une demi-heure) pour abandonner leur kinase au mélange. Si au bout de 24 heures, on rajoute aux deux mélanges du calcium, on peut constater que la coagulation se produit exactement de la même façon dans les deux mélanges, ce qui montre que la kinase n'est pas nettement moins abondante dans l'un que dans l'autre et ne provient par conséquent pas des plaquettes. Il faut donc admettre que la kinase provient des protéines sanguines où elle existe sous forme de prokinase et ne se transforme que dans certaines conditions et notamment sous l'influence de l'évaporation et d'une mouillabilité spécifique de surface. Sur des surfaces qui sont difficilement mouillables, par exemple sur une feuille de rose, on peut conserver, en chambre humide, le sang liquide très longtemps. La vitesse de coagulation n'est pas la même d'ailleurs dans un récipient de verre que dans un récipient de paraffine. La surface de contact agit comme un catalyseur.

P.-E. Morhardt.

H. Assmann. ***Anémie ostéosclérotique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 13, 30 Mars 1935, p. 293-297). — Après avoir rappelé les travaux d'Askanazy, auxquels ce travail est dédié, A. donne l'histoire d'un jeune homme de 25 ans qui a été observé un peu plus d'un an. Vers 6 ans, il présenta une affection de la hanche droite à l'occasion de laquelle on fit une intervention. On le mit dans le plâtre et il eut plusieurs fistules, sans que les médecins se soient mis d'accord pour savoir s'il s'agissait de tuberculose ou d'ostéomyélite. Dès l'enfance, on a constaté chez lui une augmentation de volume de rate et des épistaxis qui s'arrêtaient spontanément ainsi que deux fractures des avant-bras. Actuellement, le malade pèse 40 kilogr., mesure 1 m. 54, est très pâle, a une tête de forme carrée. Les testicules ont à peine la grosseur d'un haricot. L'examen du sang donne: hémoglobine, 28 pour 100; érythrocytes, 1,9 million; temps de coagulation, 10 minutes 1/2; temps de saignement, 2 minutes 1/2; myélocytes, 2 pour 100; normoblastes, anisocytose, poïkilocytose, polychromasie, etc. L'état du sang s'aggrave progressivement et la mort survient alors que l'hémoglobine atteint 9 pour 100 et les érythrocytes 640.000.

L'examen aux rayons X, pratiqué à ce moment, montre une condensation extraordinairement marquée des os qui donnent l'impression d'avoir une structure tout à fait homogène. Les os du crâne donnent une ombre extraordinairement dense et la selle turcique est fortement épaissie. Les vertèbres donnent également une ombre intense et homogène de même que les côtes et les membres. En outre, il existe un fort épaississement des extrémités proximales.

Au point de vue microscopique, on constate que les os sont constitués par des trabécules très serrés. Le tissu conjonctif donne l'impression d'un tissu collagène chroniquement enflammé. En cherchant, on trouve entre les trabécules les restes d'une moelle très riche en cellules et présentant une structure inhabituelle. Par endroits, on rencontre une zone d'une érythropoïèse vive alors qu'ailleurs des leucocytes se trouvent accumulés et donnent une apparence d'abcès. Enfin, les ganglions lymphatiques présentent une hyperplasie générale et une métaplasie myéloïde. Dans la rate et dans le foie, qui sont augmentés de volume, on constate l'existence d'une hématopoïèse vive dans des vaisseaux et du tissu fondamental. Tout le système réticuloendothélial se trouve dans un état de prolifération chronique.

Les causes de cette maladie ne sont pas connues. Il y a cependant lieu de penser que cet homme, qui présentait de l'hypoplasie génitale en même temps qu'une persistance des lignes épiphysaires, devait avoir une insuffisance hypophysaire.

P.-E. Morhardt.

BRATISLAVSKE LEKARSKE LISTY

(Bratislava)

J. Nesnidal (Brno). ***Sur l'embolie de l'artère pulmonaire dans les maladies des femmes*** (*Bratislavske lekarske Listy*, t. **15**, n° 3, Mars 1935, p. 335-403). — Sur 16.439 autopsies pratiquées dans l'Institut anatomo-pathologique de M. Neumann, dans 250 cas, il a été constaté comme cause de la mort une embolie de l'artère pulmonaire. La proportion a été en augmentant de 1924 (0,9 pour 100) à 1931 (1,97 pour 100), elle a diminué les deux années suivantes (1,74 pour 100). N. étudie en détail les circonstances dans lesquelles cette embolie a pris naissance dans 35 cas d'affections gynécologiques, dont 25 cas traités ou opérés à la clinique gynécologique de Brno (prof. Muller). L'embolie s'est produite dans 71,5 pour 100 des cas pour des tumeurs, dans 17,1 pour 100 pour des vices de position de l'utérus et dans 2,8 pour 100 pour des troubles fonctionnels, affections inflammatoires ou grossesses utérines. Sur 25 tumeurs, il y en avait 11 bénignes et 14 malignes. 9 embolies post-opératoires (sur 24) se sont produites après une amputation sus-vaginale, 9 après hystérectomie totale, 3 après opérations plastiques vaginales et 8 après diverses interventions. La majorité est survenue du 6[e] au 12[e] jour après l'opération. Trois malades opérées pour myome utérin sont mortes au début de l'intervention, l'une par embolie gazeuse, l'autre par embolie graisseuse. Trois femmes atteintes de cancer de l'utérus et traitées par l'émanation du radium ont succombé à une embolie: chez l'une on avait pratiqué une dilatation du col, chez les deux autres des extirpations ou cautérisations de bourgeons cancéreux. Quinze opérations ont été pratiquées sous narcose par inhalation, deux seulement (cancéreuses), par injections intraveineuses. Le pourcentage des embolies par rapport au nombre des opérées augmente avec l'âge (de 0,125 à 31 ans à 0,872 à 70 ans). L'embolie compte pour 10 pour 100 dans le chiffre total de la mortalité.

La plupart des femmes (11) sont mortes en quelques minutes; d'autres en quelques heures après l'apparition des premiers symptômes; d'autres enfin au bout de 1 à 7 jours. On n'a constaté d'infarctus pulmonaire que chez 4 femmes dont 2 opérées seulement.

L'origine de l'embolie a été reconnue chez 10 femmes, chez lesquelles des thrombus encore adhérents ont été trouvés dans les veines fémorales le plus souvent ou dans la veine cave inférieure. La plupart des embolies étaient localisées dans les principales branches de l'artère pulmonaire (20). Cliniquement l'embolie a été exactement diagnostiquée dans 17 cas.

M. Guibé.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

H. Baruk et **L. Camus.** ***Sur une variété de catalepsie biliaire expérimentale*** (*Annales Médico-psychologiques*, Année **92**, t. 2, n° 5, Décembre 1934, p. 711-743). — B. et C. recueillent, par une technique bien définie, la bile duodénale, spécialement chez les ictériques et les catatoniques, pour l'injecter à des chats, des rats, des pigeons.

Les biles des sujets normaux déterminent, administrées à l'animal, la somnolence et la torpeur. Les biles d'ictériques et de catatoniques produisent la catalepsie avec conservation des attitudes. La catalepsie est suivie parfois de paralysies, ou remplacée par des hyperkinésies, du hoquet.

B. et C. précisent que les symptômes observés ne résultent pas de l'action du suc pancréatique, ni de celle du sulfate de magnésie: la bile animale, recueillie par fistule, produit des effets analogues.

L'injection de sels biliaires isolés provoque des paralysies et des désordres végétatifs. Mais les actions cataleptogènes semblent dues à une substance particulière, absente de la bile normale, thermolabile, peut-être une toxine microbienne.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

A.-C. Guillaume. ***La maladie du syndrome de Lichtheim et les syndromes glosso-gastro-anémiques*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **25**, n° 4, Avril 1935, p. 357-393). — G. apporte huit observations de malades très minutieusement étudiés, qui lui permettent d'associer au syndrome de Lichtheim (sclérose associée des cordons postérieurs et latéraux) un syndrome glosso-gastro-anémique, plus ou moins complet, qui passe souvent inaperçu, parce que les autres troubles retiennent beaucoup plus l'attention: stomato-glossite ignorée du médecin, gastrite achylique qui n'est pas recherchée, et on ne pense pas plus à examiner le sang dans une gastrite, qu'à examiner la sécrétion gastrique dans une anémie.

Les troubles glosso-gastriques (glossite, stomatite, troubles œsophagiens, gastrite achylique) paraissent être l'élément le plus constant du syndrome; dans d'ordre de fréquence vient ensuite l'anémie (hyperchrome ou hypochrome) et bien moins fréquents sont les troubles nerveux caractérisés.

On est amené à penser, ou bien que l'élément anémie n'est pas un élément clinique constitutif indispensable du syndrome de Lichtheim et des états glosso-gastriques, ou bien que les syndromes glosso-gastriques et nerveux observés en dehors de l'anémie sont la conséquence d'une maladie absolument différente de la maladie de Lichtheim. Il est plus vraisemblable d'expliquer la maladie de Lichtheim par l'action de causes qui, simultanément, successivement, ou d'une façon dissociée, peuvent intervenir sur les hématies du système sanguin, sur certaines parties du système nerveux, sur certaines parties du système digestif.

Le rôle de l'estomac est capital certainement, par ses sécrétions externe et interne (hormone de Castle), mais cette constatation ne doit pas faire abandonner toute recherche sur les causes réelles de ces états.

G. propose une classification des gastrites suivant ces données: gastrites anémiantes et hyperémiantes de forme simple sans répercussion sur la santé générale; gastrites avec troubles sanguins et nerveux, de forme dissociée. Pour importante que soit d'ailleurs la gastrite, elle ne semble être que le premier chaînon pathologique, et peut-être faut-il rechercher dans les troubles intestinaux une des causes possibles du syndrome glosso-gastro-neuro-anémique.

J. Okinczyc.

L. B. Berlin, P. D. Tarnopolskaja et **C. T. Granat** (Moscou). ***Le dolichocolon sigmoïdien et sa valeur clinique*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition* t. **25**, n° 4, Avril 1935, p. 394-412). — Si l'on admet que le dolichocolon sigmoïde relève de la pathologie et constitue une grave affection de l'intestin, on est amené, au point de vue thérapeutique, à tirer une tout autre conclusion que si l'on envisage le dolicho-sigmoïde comme une modalité de l'évolution n'engendrant pas d'état pathologique, c'est-à-dire ne présentant aucun signe clinique de maladie.

B., T. et G. ont réuni 46 cas soumis à un examen détaillé. Dans 13 cas, les sujets, entrés pour une autre affection, ne présentaient pour ainsi dire aucun symptôme intestinal durable.

Dans 25 cas, le dolichosigmoïde s'accompagne d'une colite chronique. Le traitement médical obtient la guérison dans 24 cas; mais parmi ceux-ci, 4 ne s'accompagnent d'aucun changement radiologique du côté du dolicho-sigmoïde; 2 s'accompagnent d'un raccourcissement du dolicho-sigmoïde et 1 où le raccourcissement n'a pas été suivi d'amélioration des autres symptômes; ce manque de parallélisme semble bien prouver qu'il n'y a pas de rapport entre la colite et l'allongement du sigmoïde.

Dans 8 cas, il y a dolicho-sigmoïde avec manifestations intestinales aiguës. Ces cas difficiles à traiter ne donnent pas d'effet thérapeutique durable, et les modifications de longueur de l'intestin étaient en rapport avec les phases d'amélioration ou d'aggravation.

En résumé, le dolichocolon ne présente un tableau clinique que lorsqu'il s'associe à un affaiblissement de la tonicité neuro-musculaire de l'intestin.

J. Okinczyc.

L'ENCÉPHALE (Paris)

I. Bertrand et **L. Van Bogaert.** ***Etudes généalogiques, cliniques, histo-pathologiques, sur la forme infantile de l'idiotie amaurotique familiale*** (*L'Encéphale*, t. **29**, n° 8, Septembre-Octobre 1934, p. 505-560). — Monographie complète de la question, basée sur 7 observations comportant l'étude généalogique de la famille à laquelle elles se rattachent, et, dans 2 cas, examen histologique.

Toutes ces observations concernent des sujets de race israélite par leurs deux procréateurs, à une exception près, présentant de nombreux antécédents collatéraux dégénératifs (épilepsie, cyclothymie, délires). L'idiotie amaurotique se transmet comme un caractère récessif: la syphilis, l'alcoolisme, les traumatismes obstétricaux ne se rencontrent dans aucun cas.

Le syndrome moteur de cette affection s'apparente au tableau clinique de la décérébration. La forme juvénile décrite se distingue nettement de la forme infantile.

B. et B. discutent les vues de Schaffer sur les lésions cellulaires et sur la démyélinisation. L'idiotie amaurotique apparaît comme la localisation ectodermique d'un trouble général frappant les lipoïdes, de même nature que les localisations hépatiques et spléniques. L'atrophie cérébelleuse affecte, dans l'idiotie amaurotique, un type centripète original.

G. d'Heucqueville.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

W. H. Stewart, H. E. Illick. ***Causes d'erreurs dans la cholécystographie « per os ». Procédés de correction proposés*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **19**, n° 4, Avril 1935, p. 145-154). — Après avoir insisté sur la minutie que demande l'examen des cholécystogrammes et indiqué qu'il convenait de savoir modifier à propos la technique de l'examen, S. et I. montrent que la cholécystographie est sujette à certaines erreurs dues:

1° *Au sujet lui-même:* soit qu'il ne puisse apporter à l'examen sa collaboration complète, soit qu'il exécute mal les instructions reçues; du fait qu'il a respiré pendant la prise des clichés ou que la préparation à l'examen aura été insuffisante. On ne doit pas sous-estimer non plus la possibilité d'une absorption imparfaite du colorant.

2° *A la technique:* obtenir une conservation parfaite du colorant et le faire absorber dans les meilleures conditions sont particulièrement importants.

3° *A des erreurs d'interprétation* dans chacun des 5 groupes dans lesquels les auteurs classent l'épreuve de Graham réussie: a) *vésicule visible:* on peut avoir un résultat positif, chez des convalescents d'une crise de cholécystite aiguë, lorsqu'il existe des adhérences après une poussée aiguë de cholécystite (il faut pour reconnaître ces adhérences multiplier les positions d'examen et suivre avec soin l'évacuation de la vésicule); b) *vésicule faiblement visible:* ce sont les cas où le diagnostic de cholécystite est le plus souvent méconnu; d'ailleurs l'appréciation de l'opacité est surtout « le fruit de l'expérience »; c) *évacuation vésiculaire anormale:* à part les cas rares d'asthénie, il convient de considérer comme pathologique toute vésicule ne s'évacuant pas en 3 heures après un repas gras; d) *absence d'opacité:* c'est là un signe capital, surtout quand, en utilisant la méthode intensive de S. et I., on le rencontre à l'examen de la 40e heure. S. et I. discutent longuement les causes possibles de l'absence d'opacification (intervention antérieure, troubles digestifs après absorption du colorant, qualités du cliché, ulcère duodénal, tumeur rénale, etc.); e) *lithiase:* S. et I. rappellent l'importance de la calcification des calculs, la difficulté de mettre en évidence les calculs de cholestérine, les principaux diagnostics différentiels auxquels il convient de penser (gaz duodénaux, ganglions mésentériques calcifiés, calculs urinaires) et l'intérêt des examens de profil.

S. et I. signalent enfin la visibilité des canaux biliaires.

Technique de S. et I. — S. et I. recommandent la technique d'examen suivante qu'ils appellent « méthode intensive » : examen *per os* en utilisant du glucose (suivant Antonucci) et le fractionnement des doses de colorant (suivant Sandström) : L'après-midi qui précède l'épreuve : thé léger sucré ; repas sans excès de graisse à 18 heures et 3 gr. 5 de tétraïode à 19 heures suivi de jeûne complet. Examen 12 et 16 heures après absorption du colorant (étude du pouvoir de concentration de la muqueuse) ; alimentation légère, sans graisses, et avec du sucre ; pendant l'après-midi et dans la soirée donner du sucre avec de faibles doses de colorant ; nouveaux examens le lendemain matin entre 10 et 11 heures et 40 heures après la première ingestion.

S. et I. insistent sur l'importance de la technique radiographique (Potter-Bucky, poses courtes, compression, apnée).

Morel Kahn.

REVUE DE CHIRURGIE (Paris)

A.-B. Constant. ***Contribution à l'étude de l'ulcère peptique expérimental chronique. Rôle des parathyroïdes*** (*Revue de Chirurgie*, Année **54**, n° 4, Avril 1935, p. 275-296). — La diversité des méthodes pour provoquer expérimentalement l'ulcère a produit un vrai chaos dans son étiologie et a rendu la discussion à son sujet plus confuse.

C. reprend cependant quelques expériences sur la physiologie gastrique et arrive à ces conclusions qui confirment certaines expériences antérieures : le fond est la région de la muqueuse gastrique qui élabore HCl ; sa démarcation de la région antrale est très nette et correspond à la limite histologique des deux régions. Le mucus est plus abondant pendant la digestion, dans la région fundique que dans la pylorique.

Ce qu'on appelle neutralisation de l'HCl par la bile n'est qu'un tamponnement de son acidité ionique, sans modification de son acidité pouvant être titrée.

Le vrai rôle d'excitation des glandes fundiques, partant de la région antrale, est discutable même au point de vue expérimental.

Pour la production de l'ulcère peptique chronique, C. a pratiqué des opérations directes sur l'estomac, en altérant la vidange de l'estomac, et d'autre part, dans une dernière série d'expériences, la seule extirpation des glandes parathyroïdes. Toutes les fois que la vidange se fait mal, l'ulcère se produit, même avec acidité normale ou diminuée.

La parathyroïdectomie totale provoque des érosions superficielles, ou des exulcérations aiguës, mais non l'ulcère chronique. L'ablation de 3 parathyroïdes a, dans un seul cas, produit un ulcère chronique de l'estomac, par dysfonction prolongée de cet organe.

En résumé, l'ulcère chronique est bien le résultat d'un processus auto-digestif ; les altérations antérieures de la muqueuse paraissent favoriser son évolution ; mais l'action directe du suc gastrique renforcée par la stagnation peut être placée en première place dans la genèse de cette affection.

J. Okinczyc.

H. Costantini et **E. Curtillet** (Alger). ***Etude anatomo-clinique et thérapeutique des kystes hydatiques du poumon*** (*Revue de Chirurgie*, Année **54**, n° 4, Avril 1935, p. 297-328). — Les kystes hydatiques du poumon sont souvent difficiles à découvrir, toujours difficiles à traiter.

Deux points d'anatomie pathologique méritent une attention particulière : la membrane périkystique et l'état des bronches autour du kyste. Ils permettent de comprendre l'affaissement et la guérison rapide des kystes bien drainés, la fréquence de la vomique hydatique opératoire.

Les formes superficielles, thoraciques, médiastinales ou diaphragmatiques, les formes multiples et associées peuvent s'écarter beaucoup du schéma clinique et radiologique habituel.

Chez l'enfant, les kystes suppurés sont moins fréquents, et les grands kystes évoluent plus souvent dans un sens favorable. Les kystes suppurés et rompus donnent des images radiologiques spéciales : bulle de gaz au sommet de l'ombre arrondie du kyste, opacité arrondie à bords nets ou flous.

Le diagnostic est souvent délicat. Une image typique peut être autre chose qu'un kyste hydatique : tumeur, lobite syphilitique, fibrome, lobite tuberculeuse. Le kyste hydatique, à son tour, peut simuler l'abcès du poumon, le kyste du médiastin ; l'anévrysme, le goitre médiastinal.

On pose volontiers le diagnostic de kyste hydatique simple, pas assez celui de kyste hydatique suppuré.

Il faut opérer en position déclive, ce qui permet d'envisager sans crainte les vomiques opératoires et d'utiliser sans inconvénient, lorsqu'elle est nécessaire, l'anesthésie générale.

L'évolution post-opératoire, souvent troublée, finit presque toujours par être favorable.

J. Okinczyc.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

P. Savy, R. Froment et **G. Pelot.** ***Des interventions sur le sympathique cervico-thoracique dans le traitement des tachycardies*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 367, 20 Avril 1935, p. 247-259). — A côté des innombrables tachycardies, symptomatiques soit d'une lésion cardiaque, soit d'une maladie infectieuse, soit d'un trouble endocrinien, il en est d'autres où l'accélération rythmique est d'apparence essentielle ; tantôt, il s'agit de tachycardie paroxystique, tantôt de tachycardie permanente. La pathogénie des tachycardies sinusales au long cours, que n'accompagne aucune lésion viscérale visible, est encore pleine de mystère ; il est probable que le sympathique joue, dans leur production, un rôle de premier plan. Une intervention sur le sympathique paraissait donc logique, pour supprimer ou modérer les incitations anormales. Dans les tachycardies paroxystiques, le rôle du sympathique paraît beaucoup plus effacé. S'il a une certaine importance dans la maladie de Bouveret et certaines extra-systolies en salves, il paraît insignifiant dans les autres.

Avant de pratiquer la sympathectomie cervicothoracique, il faut utiliser largement l'infiltration à la novocaïne de la chaîne sympathique. L'étude de ces conditions d'efficacité ou d'inefficacité apportera des renseignements précieux sur la physiopathologie des divers types de tachycardie et des raisons supplémentaires d'intervenir chirurgicalement ou de s'abstenir. Pour l'instant, il faut être prudent dans l'emploi des sympathectomies, car nous ignorons trop encore les conséquences qu'elles peuvent avoir. Il faut n'opérer que des cas longuement suivis, soigneusement étiquetés et dont le diagnostic ne laisse place au moindre doute. Les tachycardies sinusales acquises, intenses et rebelles, semblent actuellement l'indication fondamentale.

Une étroite collaboration médico-chirurgicale est indispensable pour l'emploi judicieux de cette méthode.

Robert Clément.

P. Savy, H. Thiers et **Ch. Boyer.** ***L'avenir éloigné des anuries par néphrites aiguës traitées suivant les méthodes modernes (Décapsulation et chloruration)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 367, 20 Avril 1935, p. 263-272]. — Chez un homme de 40 ans, syphilitique avéré, l'anurie, survenue au cours d'une néphrite infectieuse, fut traitée par abcès de fixation, bicarbonate de soude par la bouche, saignée et transfusions. Pendant ces 3 jours de traitement médical, l'urée sanguine s'est progressivement élevée (3 gr. 20, 4,60, 5,20), l'acidose était stabilisée à 39,1 et il existait une rétention chlorurée caractérisée par une forte diminution du chlore plasmatique (2,9) et une augmentation considérable du chlore globulaire (2,3). Une décapsulation bilatérale au 4e jour provoqua pendant 4 jours une légère oligurie, puis une débâcle polyurique avec myoclonie généralisée. 4 ans après, le sujet présentait une hypertension décompensée et évoluait plutôt dans le sens cardio-vasculaire que dans le sens urémique.

Un homme de 31 ans ayant, comme seul antécédent pathologique, une mastoïdite à 20 ans, présentait une néphrite chronique avec gros rein unilatéral, sans étiologie connue, évoluant depuis 2 ans, avec des troubles digestifs, de la pâleur et des œdèmes discrets avec hypertension, lorsque survint une anurie par poussée infectieuse aiguë surajoutée. Elle donna lieu à des accidents d'urémie digestive avec mydriase et aréflexie tendineuse. Dans le sang, il y avait azotémie, baisse progressive de la réserve alcaline, hypochlorémie plasmatique et globulaire coexistant avec une rétention tissulaire. La décapsulation unilatérale et la chloruration eurent un effet remarquable sur la diurèse et la réflectivité. Malgré la néphrite chronique, histologiquement vérifiée par biopsie, les suites éloignées (2 ans) furent favorables : disparition des troubles fonctionnels, amélioration progressive des signes de laboratoire, disparition de l'albuminurie et de la cylindrurie.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

F.-J. Collet. ***Mastoïdites diabétiques*** (*Lyon Médical*, t. **155**, n° 15, 14 Avril 1935, p. 445-458). — 9 observations survenues au cours du diabète permettent de dégager les caractéristiques de ce complexe pathologique. Dans la plupart des cas, on est frappé d'une part de la gravité des lésions anatomiques, de l'autre, de l'insidiosité de leur évolution.

Les lésions sont en général très étendues : mise à nu de la dure-mère, mise à nu du sinus latéral (spontanée ou nécessitée par la diffusion des lésions dans 6 observations sur 9), perforation spontanée de la corticale, séquestres volumineux. La fréquence des complications ostéitiques est bien connue ainsi que les fusées purulentes vers le cou ou les méninges.

Par contre, la symptomatologie est plus discrète. Souvent aucune douleur et conservation d'un bon état général, malgré la formation de séquestres ou de vastes décollements. Ces mastoïdites sont torpides jusqu'au moment où éclatent des accidents graves. Elles paraissent fréquentes vis-à-vis du nombre des otites diabétiques sans mastoïdite.

Il y a une relation assez étroite entre la gravité du pronostic de la mastoïdite et la gravité du diabète lui-même. Dans 5 cas de diabète léger, la guérison est survenue, les 4 cas de diabète grave se sont terminés par la mort, celle-ci n'étant pas le fait de la mastoïdite ni de ses complications.

L'indication opératoire est une indication vitale, l'étendue des lésions le montre bien ; on est bien obligé d'opérer et le plus tôt est le mieux.

Les diabètes légers peuvent se compliquer de mastoïdites graves remarquablement insidieuses, les mastoïdites compliquant un diabète grave ont un mauvais pronostic, surtout à cause de l'évolution du diabète lui-même.

Robert Clément.

TERCINOL

Véritable Phénosalyl du Docteur de Christmas (Voir Annales de l'Institut Pasteur et Rapport à l'Académie de Médecine)

PUISSANT ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

S'oppose au développement des microbes - Combat la toxicité des toxines par son action neutralisante et cryptotoxique
Décongestionne - Calme - Cicatrise

Applications classiques :

ANGINES - LARYNGITES
STOMATITES - SINUSITES
1/2 cuillerée à café par verre d'eau chaude en gargarismes et lavages

DÉMANGEAISONS, URTICAIRES, PRURITS TENACES
anal, vulvaire, sénile, hépatique, diabétique, sérique
1 à 2 cuillerées à soupe de Tercinol par litre d'eau en lotions chaudes répétées
EFFICACITÉ REMARQUABLE

MÉTRITES — PERTES
VAGINITES
1 cuil. à soupe pour 1 à 2 litres d'eau chaude en injections ou lavages

Littérature et Echantillons : **Laboratoire R. LEMAITRE, 158, Rue St-Jacques, Paris**

GOMENOL

(Nom et Marque déposés)

Antiseptique idéal interne et externe

Inhalations – Emplois chirurgicaux
GOMENOL RUBEO – Aseptie du champ opératoire
GOMENOL SOLUBLE – Eau gomenolée

GOMENOLÉOS

dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %
en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.

Tous pansements internes et externes
IMPRÉGNATION GOMENOLÉE
par injections intramusculaires indolores

PRODUITS PREVET
AU GOMENOL

Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.
toutes formes pharmaceutiques

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-X[e]



IODISATION INTENSIVE

TOUS RHUMATISANTS CHRONIQUES
PAR

IODHEMA

(Communication de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, des 21 Juin 1923 et 18 Juin 1926)

Iodoalcoylate d'Hexaméthylène Tétramine

3 FORMES : MÉTHYLE - BENZYLE - MIXTE
AMPOULES : Voies Veineuse ou Musculaire.
FLACONS : Voie gastrique. 2 cuillerées par jour.

Laboratoires GALLINA, 4, rue Candolle — PARIS (V[e])

"CALCIUM-SANDOZ"

INJECTABLE PAR LA VOIE INTRAMUSCULAIRE ET LA VOIE ENDOVEINEUSE

Glucono-galacto-gluconate de Calcium

AMPOULES de 5 et 10 c. c. en solution à 10 et à 20 °/₀.
AMPOULES de 2 c. c. en solution à 10 °/₀.

POSOLOGIE : Une ampoule tous les jours ou tous les deux ou trois jours

" CALCIUM-SANDOZ "
Autres formes thérapeutiques :
COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
TABLETTES CHOCOLATÉES
POUDRE GRANULÉE
SIROP

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (XVII[E]) - **B. JOYEUX,** pharmacien de 1[re] classe

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

Friedrich Linneweh. ***La créatinine existe-t-elle dans le sang normal ?*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 9, 2 Mars 1935, p. 293-294). — Il existe une série de substances qui donnent les mêmes réactions que la créatinine, de sorte que les analyses faites jusqu'ici, notamment d'après le principe de Folin, ont donné des valeurs discutables. Une autre cause d'erreur à ce point de vue doit être attribuée au fait que les traitements auxquels le sang est soumis paraissent de nature, dans certaines circonstances, à transformer la créatine en créatinine. La question était donc à reprendre et c'est ce que L. a fait en évitant de se servir pour la première précipitation des substances azotées, de l'acide phosphotungstique ou de l'acide picrique qui sont capables de précipiter en même temps d'autres substances. La méthode choisie a consisté à réaliser l'adsorption par la terre à foulon préparée par Lloyd (réactif de Lloyd). Ainsi, après avoir procédé à l'adsorption par ce réactif, puis à l'élution, on obtient un résidu qui donne très nettement la réaction colorée de Jaffé de la créatinine. Enfin, on finit par précipiter la créatinine sous forme de sel d'or.

D'autre part, cette méthode a été appliquée à une solution artificielle de créatine pure et on a pu ainsi constater qu'elle n'arrive pas à transformer une quantité appréciable de créatine en créatinine. Il a été constaté que la créatinine elle-même n'est pas détruite par cette méthode qui, par conséquent, permet de retrouver toute la créatinine adsorbée par la terre à foulon.

P.-E. Morhardt.

Sigismund Thaddea. ***Troubles de l'ensemble des échanges hydrocarbonés au cours de la maladie d'Addison et leurs modifications par l'hormone de la cortico-surrénale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 9, 2 Mars 1935, p. 295-297). — T. donne l'observation d'une femme sur laquelle il a pu être procédé à un certain nombre d'expériences, qui est âgée de 32 ans et qui présente tous les signes d'une maladie d'Addison (taches bronzées sur le visage, les avant-bras et le dos des mains, taches pigmentaires brunes sur les joues et sur les lèvres, hypotonie musculaire, etc.). La thérapeutique symptomatique n'a eu aucun résultat. Seule une préparation de cortico-surrénale administrée *per os* a amélioré la malade.

Avant ce traitement, il a été constaté que la glycémie atteignait chez cette femme 60 à 80 milligr. pour 100 gr. Le traitement n'a d'ailleurs pas augmenté beaucoup ce chiffre. La lactacidémie n'était pas non plus anormale avant le traitement et n'a pas été modifiée par l'hormone.

Des injections intraveineuses de glucose (20 cmc d'une solution à 50 pour 100) ont déterminé chez la malade une hyperglycémie relativement bien plus élevée (86 pour 100) que chez les sujets sains (52 pour 100). Au bout de 60 minutes, le retour au chiffre initial s'était produit et il commençait à apparaître une hypoglycémie secondaire anormalement marquée. L'administration d'hormone de la cortico-surrénale a eu pour effet de diminuer l'hyperglycémie initiale et l'hypoglycémie secondaire. Il y a donc lieu d'admettre que dans la maladie d'Addison, les dépôts de glycogène se font difficilement et le système insulaire ne rencontre pas l'antagonisme représenté par l'appareil surrénal.

En ce qui concerne l'acide lactique, il a été également constaté chez cette malade, qu'après injection intraveineuse de 4 gr. de lactate de soude, il est survenu une forte augmentation de la lactacidémie (26 pour 100 contre 17,7 pour 100 chez les sujets normaux), le retour au chiffre initial se faisant en plus de 30 minutes au lieu de 15 à 20 chez les sujets normaux. Ainsi, la resynthèse ou la combustion de l'acide lactique se fait mal chez les addisoniens.

Chez cette malade, l'injection d'adrénaline n'a pas provoqué l'hyperglycémie qui se constate normalement et qui a reparu, dans une certaine mesure, sous l'influence du traitement. La créatinurie atteignait avant tout traitement chez cette malade 550 milligr. et a disparu sous l'influence du traitement. Il a été également constaté que l'adrénaline avant le traitement ne provoquait pas de lactacidémie, ce qui montre l'absence de glycogène musculaire.

P.-E. Morhardt.

Wilhelm Bayer. ***Recherches sérologiques dans la coqueluche. Contribution à la vaccinothérapie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 9, 2 Mars 1935, p. 301-303). — Il a été systématiquement procédé par B., au cours des deux dernières années, à la réaction de fixation du complément chez 169 enfants atteints de coqueluche. Il a été ainsi constaté que sur 17 enfants âgés de moins de 3 mois, la réaction a été 16 fois négative. Elle l'a été 6 fois sur 11 enfants âgés de 4 à 6 mois. A partir de cet âge, le nombre des réactions positives augmente fortement puisque sur 141 enfants de plus de 7 mois, la réaction n'a été négative qu'une seule fois. Dans la première semaine de la maladie, la réaction a été 16 fois négative. Dans la seconde semaine on a trouvé 11 réactions négatives sur 35 cas, dans la troisième semaine 3 réactions négatives sur 38 cas et entre la quatrième et la neuvième semaine, les 158 cas ont donné une réaction positive plus ou moins forte. Dans ces conditions, B. conclut que la réaction de Bordet-Gengou constitue une réaction antigène-anticorps. Le bacille de Bordet-Gengou est d'ailleurs toujours présent, mais il n'est pas encore démontré qu'il constitue l'agent de la maladie. Les résultats négatifs obtenus dans les premiers mois de la vie doivent être attribués au fait qu'à cette période, l'organisme ne possède pas la faculté de fabriquer des anticorps.

La réaction reste positive assez peu de temps après la guérison de la maladie. Elle est utile comme moyen de diagnostic dans les formes abortives et aussi au point de vue épidémiologique. Il a été constaté en effet que sur 10 infirmières et 1 médecin en contact avec des coquelucheux, toutes les réactions étaient négatives, tandis que chez les parents des enfants malades, il a été trouvé, à plusieurs reprises, des réactions positives. Les toux d'adultes mal caractérisées sont donc des circonstances dans lesquelles la réaction peut donner des renseignements intéressants.

En ce qui concerne le vaccin qui peut être administré également par inhalation, il ne provoque pas l'apparition d'anticorps chez les nourrissons et il n'en fait apparaître chez les enfants plus grands qu'au bout de 5 semaines. Il faudrait donc l'administrer avant que l'infection ait eu lieu ou pendant la période d'incubation, ce qui est difficile ou même impossible, sauf dans des circonstances assez exceptionnelles. Au stade convulsif, on n'obtient pas, avec le vaccin, de résultats plus nets qu'avec de l'eau. En tout cas, il ne semble pas qu'on puisse en obtenir chez les nourrissons.

P.-E. Morhardt.

Hans Scholer. ***Isolement d'un pseudo-spirochète dans le sang circulant dans un cas de fièvre apparemment récurrente*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 10, 9 Mars 1935, p. 333-338). — Il s'agit d'un maçon de 64 ans qui habite Bâle depuis 36 ans. Il présente depuis 2 ans des accès de palpitation et, il y a huit jours, il a été atteint d'une affection fébrile (39°). A l'entrée, on ne constate rien de bien caractéristique. Le foie et la rate ne sont pas palpables. La courbe du pouls et de la température montre l'existence de périodes normales interrompues de périodes avec poussée de fièvre et accélération du pouls. Il survient également parfois un état de collapsus. En outre, le poumon droit présente des phénomènes de congestion (murmure vésiculaire affaibli, râles bulleux, affaiblissement du son à la percussion et du frémissement vocal). Les ponctions ne donnent rien. On administre un médicament, le syntharsan, qui provoque un frisson intense avec tendance au collapsus, et peu à peu, le malade devient afébrile et son état général s'améliore en même temps que les constatations faites du côté du poumon disparaissent. Enfin le malade guérit.

Entre temps, il avait été procédé à une culture du sang sur eau peptonée d'après la méthode de E. Schiödt. Le 7ᵉ jour d'incubation à 37°, on a constaté un léger trouble de ces cultures et l'examen a permis de reconnaître des bâtonnets mobiles à mouvements hélicoïdaux.

Dans une seconde prise de sang, on a utilisé un appareillage analogue à celui employé pour les transfusions et qui évite l'entrée de l'air dans le milieu de culture. Cet appareil a donné des résultats positifs. On a pu ainsi se livrer à des recherches étendues et constater que ce germe se retrouve après inoculation dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien des souris, des pigeons, des lapins et des cobayes. Mais ce germe ne détermine jamais la mort de l'animal et se montre extrêmement sensible à l'égard des substances arsenicales. Il n'a pas pu être constaté de phénomènes d'agglutination, de lyse ou de précipitation.

D'après S., ces recherches montrent d'abord que d'une façon générale, l'identification, la systématique et l'épidémiologie des germes affectant la forme de spirilles ou de spirochètes se heurtent à de grandes difficultés. Dans ce cas, il ne s'agit ni du spirochète de la maladie de Weil, ni du spirille du sodoku, et il paraît établi, par l'ensemble des recherches faites, que dans divers pays, des germes très analogues à des spirochètes peuvent devenir des parasites, notamment du sang humain, et déterminer ainsi des infections générales. En tout cas, dans ces observations, il n'est pas possible de songer à des spirochètes pullulant dans une lésion locale et ayant secondairement envahi l'économie. De plus, il y a lieu de noter que le néosalvarsan paraît avoir des effets remarquables.

P.-E. Morhardt.

Hellmut Marx. ***La signification de l'hypophyse dans les maladies des reins*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 11, 16 Mars 1935, p. 367-372). — M. rappelle qu'on connaît des affections rénales qui ont des relations étroites avec les fonctions hypophysaires. C'est particulièrement le cas dans les toxicoses de la gestation. De même, il a été possible à divers auteurs de retrouver, en cas d'hypertension pâle, des substances vasoconstrictrices dans le sang, fait confirmé par M., bien qu'il n'ait pas été possible de mettre en évidence des relations proportionnelles entre la sévérité de l'affection rénale et le taux de ces substances presseuses. Les substances de ce genre qui existent chez les rénaux ou chez les épileptiques possèdent d'ailleurs, à côté de leur pouvoir hypotenseur, une action qui inhibe fortement la diurèse et augmente la concentration du chlorure de sodium. Ces deux propriétés sont associées dans le sang comme elles le sont dans les extraits de la glande eux-mêmes. Les substances auxquelles elles ont l'une et l'autre, les mêmes propriétés physico-chimiques de sorte qu'il y a lieu d'admettre qu'elles sont sinon identiques, du moins très voisines.

Par ailleurs, il a été possible de montrer que les sujets porteurs d'une tumeur ou d'altérations inflammatoires de l'hypophyse présentent des troubles caractérisés des échanges aqueux, notamment par le fait que les relations réciproques qui existent normalement entre le volume et la densité de

l'urine étaient fréquemment troublées ou encore par le fait qu'il y avait isosténurie complète. Ces troubles réversibles peuvent d'ailleurs faire place à des troubles irréversibles. A ce propos, M. rappelle une observation de Wilbur concernant une femme de 45 ans, présentant une altération chronique des reins vraisemblablement sous la dépendance d'une affection hypophysaire. A la suite d'une ponction de l'hypophyse, il survint une accentuation des troubles rénaux avec urémie mortelle.

De plus, chez des chiens ayant été préalablement trépanés, il a pu être constaté que des injections d'une solution salée voisine du point isoosmotique (0,5 à 3 pour 100) n'ont pas d'influence sur la diurèse. Par contre, l'eau distillée inhibe la diurèse et la solution concentrée à 6 ou à 10 pour 100 provoque une hématurie au moment du maximum de la diurèse. L'énervement des reins n'empêche pas d'apparaître cette hématurie qui d'ailleurs peut être observée chez des sujets atteints de diabète insipide à qui on fait ingérer de grandes quantités de boisson, en même temps qu'on leur administre de fortes doses d'hormone post-hypophysaire.

Dans ces conditions, il y a lieu de se demander jusqu'à quel point les affections rénales et notamment la néphrite aiguë peuvent être mises en relation avec un trouble du système hypophysaire. A ce propos, M. rappelle l'observation d'un malade de 47 ans, présentant une néphrite aiguë et chez lequel les phénomènes rénaux se sont rapidement atténués sous l'influence du régime alors que l'hypertension continuait à s'accentuer. Le 6e jour, une ponction lombaire ramena la tension à la normale d'une façon passagère, bien que le liquide rachidien ait eu une composition normale. Puis la pression remonta et, sous l'influence de nouvelles ponctions, revint définitivement à la normale. Le liquide rachiden de ce malade contenait également des substances hypertensives. Il a d'ailleurs été constaté que chez des hypertendus on trouve généralement des substances de ce genre à une concentration telle qu'un centimètre cube de ce liquide agit à peu près comme 200 cmc de leur sang. Il y a donc lieu d'admettre que les modifications de l'eau et des sels du plasma sanguin constituent un des excitants normaux du système hypophyso-diencéphalique.

D'un autre côté, des substances toxiques comme les déchets, les poisons d'origine intestinale, les toxines microbiennes peuvent intervenir. Aussi a-t-il été procédé à des expériences avec la toxine streptococcique; cette substance injectée dans les ventricules est également capable, après une période de latence d'environ une heure, de déterminer une irritation typique. Ainsi, au cours d'une maladie infectieuse, il pourrait apparaître dans la circulation des toxines et une modification de l'hydrémie et des sels du plasma, d'où irritation du système hypophysaire avec production exagérée de l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse et finalement spasme vasculaire, hypertension, hématurie et anurie.

Chez les animaux d'expérience qui ont toujours très bien supporté l'intervention préparatoire ainsi que les expériences successives sans qu'il soit survenu d'hémorragie ou d'infection des ventricules, on a fini par constater cependant, sous l'influence des injections intraventriculaires répétées, des réactions plus marquées qu'au début et caractérisées notamment par des hématuries plus fortes, par une anurie plus persistante, etc. Ainsi, une solution salée à 1 pour 100 qui s'était montrée 6 ou 8 fois sans effet, a déterminé finalement une réaction énergique avec accentuation des réflexes tendineux, convulsions toniques, etc., parfois même les animaux qui avaient subi 10 ou 12 expériences ont réagi d'une façon pathologique sous l'influence d'une administration *per os* de 800 à 1.000 cmc d'eau. P.-E. Morhardt.

Matazo Masugi. ***Pathogénèse de la glomérulo-néphrite diffuse en tant qu'affection allergique des reins*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 11, 16 Mars 1935, p. 373-376). — On distingue en général dans la glomérulonéphrite deux formes : l'une en foyer généralement associée à une affection septique et caractérisée simplement par l'albuminurie et l'hématurie tandis que l'autre forme, diffuse, s'accompagne, outre ces symptômes, d'œdème, d'élévation de la pression sanguine et d'altérations des fonctions rénales. Une autre différence entre ces deux formes c'est que la première survient en même temps que l'infection tandis que la seconde fait son apparition un certain temps après. C'est le cas notamment dans la néphrite scarlatineuse et c'est ce qui a amené Schick à admettre qu'il s'agissait là d'un phénomène lié à la production des anticorps.

D'autre part, M. et divers collaborateurs ont montré, en 1927, que dans la glomérulonéprite diffuse, il s'agit effectivement d'une réaction antigène-anticorps qui se produit dans les reins. Il s'est montré ainsi que les antisérums, obtenus par traitement de lapins au moyen de reins ou de foies de rats, déterminent une réaction de l'appareil vasculaire dans l'organe correspondant, c'est-à-dire soit dans le foie, soit dans le rein, suivant l'antisérum qui a été utilisé. Au niveau des reins, on observe tout d'abord une augmentation de la perméabilité des capillaires du glomérule à l'intérieur duquel on trouve des amas protéiniques homogènes, des accumulations de leucocytes, une prolifération des cellules endothéliales et une ischémie remarquable. A un degré plus marqué, il se forme des thromboses de fibrine et les artérioles sont souvent intéressées (imbibition, vacuolisation, dégénérescence fibrinoïde). Dans les cas les plus graves, on observe, au lieu de l'ischémie, une stase persistante qui entraîne de la nécrobiose.

Il est remarquable que ce sérum anti-rein provoque des phénomènes locaux tout à fait analogues à ceux de la glomérulonéphrite diffuse. Avec un antisérum provenant de canards traités par des reins de lapins, il a été possible de déterminer une affection qui ne se distingue en rien ni au point de vue clinique ni au point de vue anatomique de la glomérulo-néphrite humaine (albuminurie, hématurie, cylindrurie, gouttelettes lipoïdiques dans l'urine, augmentation de la pression du sang et de l'azote résiduel, œdème).

D'autres expériences ont montré que les reins, quand l'organisme se trouve dans un état d'allergie générale, constituent un organe particulièrement prédisposé aux altérations allergiques, c'est-à-dire à l'augmentation de volume, à l'ischémie et à la prolifération endothéliale.

En tout cas, il s'agit là toujours de lésions diffuses. Par contre, en injectant du blanc d'œuf dans l'artère rénale d'animaux normaux, on arrive à déterminer des lésions glomérulaires en foyers (dilatation lacunaire des anses avec réplétion de la lumière par des amas fibrineux ou des érythrocytes). Ce sont là des lésions tout à fait analogues à celles qui sont provoquées par divers poisons (streptococciques, diphtériques) ou venins. Ainsi, la glomérulonéphrite en foyer serait caractérisée par le fait qu'elle survient chez un sujet vierge tandis que la forme diffuse s'observe chez des sujets sensibilisés.

Il est également confirmé par M. que la périartérite noueuse est bien, comme le veulent certains auteurs (Gruber, Nieberle, Rössle), une affection allergique qui, d'ailleurs, s'associe très souvent à la glomérulonéphrite. Dans les formes diffuses, particulièrement sévères, on observe, en effet, des altérations de certaines aires vasculaires du grêle, de l'artère pulmonaire, etc.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE (Berlin)

A. Opokin et K. Kolju. ***Sur le diagnostic et le traitement de l'échinococcose péricardique*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **181**, fasc. 5, 15 Avril 1935, p. 696-706). — Il s'agit là d'une variété très rare de l'échinococcose qui ne représente que 9 à 11 pour 100 du total des kystes hydatiques, d'après les chiffres actuels. Sa fréquence comparée à celle de la localisation cardiaque (avec laquelle elle est souvent confondue) serait de 2 pour 100 d'après les cas rassemblés par O. et K. dans la littérature.

A ceux-ci, les auteurs ajoutent trois observations personnelles que commentent de très beaux clichés radiographiques.

Les deux premiers exemples sont assez comparables l'un à l'autre. Ils concernent des hommes adultes, amenés à consulter pour de vagues douleurs précordiales, un peu d'essoufflement. L'examen clinique et même l'électrocardiogramme ne révèlent pas grand'chose. Seule la radiographie, indiquant la présence d'une image arrondie, de contours réguliers, formant une voussure au niveau du bord gauche du cœur, près de sa pointe, permit de porter le diagnostic de kyste hydatique, en faveur duquel plaidait, d'ailleurs, dans un des cas, le résultat positif de la réaction de Casoni.

La troisième observation est celle d'une femme de 35 ans, dont le début de la maladie avait été marqué par quelques troubles fonctionnels d'ordre banal, et chez laquelle on songea, à la vue du cliché radiographique, à une échinococcose pulmonaire. L'intervention, à l'anesthésie locale, permit de découvrir le point de départ péricardique de la lésion, de traiter celle-ci par la ponction, le formolage et la réduction de la poche, et de guérir la malade. Jean Patel.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG (Leipzig et Dresde)

H. Binhold. ***Le volume du cœur dans l'emphysème, l'asthme et la tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. **27**, n° 5, 1er Mars 1935, p. 146-154). — B. souligne d'abord que la détermination du volume du cœur, déduite des mesures linéaires du cœur ou de la surface de l'orthodiagramme sagittal, est loin d'être toujours d'une fidélité satisfaisante.

B. donne ensuite les résultats de 200 déterminations du volume du cœur faites chez des emphysémateux, des asthmatiques et des tuberculeux. Il a employé la méthode indiquée par Kahlstorf et dont Strandquist a confirmé récemment la valeur, d'après laquelle on peut calculer le volume du cœur avec la formule $V = F \times t \times k$, F étant la surface de l'orthodiagramme sagittal, t la plus grande dimension en profondeur de l'ombre cardiaque, k une constante (0,63). Comme échelle de mesure, pour juger de la grandeur du cœur, B. a utilisé le rapport existant entre le volume du cœur et le poids du corps qui est à peu près constant chez les sujets qui ne sont pas obèses.

Voici les résultats de ces recherches : dans l'asthme, en dehors de l'accès, pendant lequel il y a vraisemblablement une diminution du volume du cœur, on ne trouve guère de modification de la grandeur du cœur. Il en va de même dans la tuberculose. Dans l'emphysème, les valeurs moyennes du volume du cœur se situent à la limite supérieure de la normale, les déterminations individuelles la dépassant assez souvent; on en peut conclure à une augmentation du volume du cœur minime, mais réelle, dans cette affection. On sait combien l'opinion était divisée auparavant sur l'appréciation du volume du cœur au cours de ces maladies. P.-L. Marie.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Mayerhofer-Y. ***Erythème polymorphe et tuberculose*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **72**, n° 1, 1935, p. 15-21). — Simon, Ramel et d'autres auteurs ont insisté sur les rapports étroits qui leur paraissent unir l'érythème polymorphe et la tuberculose, considérant le premier comme la manifestation d'une bacillose cutanée hématogène; Ramel put même retrouver du bacille de Koch dans le sang. Quelques observations rapportées par M. semblent militer en faveur de cette conception: dans un cas, un érythème polymorphe récidivant fut guéri par une cure de tuberculine; dans un autre cas, les manifestations cutanées étaient nettement contemporaines de raptus hémoptoïques; un troisième malade présentait la coexistence d'un érythème noueux, d'un érythème polymorphe, et d'une polysérite fruste. Il apparaît donc que, tout au moins dans une certaine catégorie de faits, l'hypothèse de Ramel se vérifie; il y aurait là une nouvelle manifestation allergique de la peau qui rapprocherait l'érythme polymorphe des tuberculides ou l'intégrerait même dans cette classe de dermatose.

G. Basch.

Kriech. ***Traitement des pleurésies du pneumothorax par la calciumthérapie intrapleurale*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **72**, n° 1, 1935, p. 30-36). — Les exsudats pleuraux constituent une complication fréquente du pneumothorax et leurs conditions d'apparition sont nombreuses et d'ailleurs imprécises. Neumann est arrivé à restreindre la survenue de cette complication par l'usage de l'air atmosphérique filtré, moins irritant pour la plèvre, par la mise en œuvre d'un traitement tuberculinique, par la désinfection fréquente des appareils, etc... K. a constamment noté des épanchements stériles (il ne s'agit donc pas de surinfection par pyogènes); mais il a observé une fréquence particulière au printemps, et pendant les périodes menstruelles. Il a utilisé pour le traitement une solution à 10 pour 100 de gluconate de calcium dont il a noté les bons effets.

G. Basch.

I. Stefko. ***Anatomie pathologique de la réinfection tuberculeuse; sa signification pathogénique*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **72**, n° 2, 1935, p. 82-93). — Ces conclusions découlent de 260 autopsies avec examen histologique des poumons. Trois types de réinfection peuvent être décrits: 1° le type classique, décrit par Abrikossof et Rindfleisch, qui comporte la localisation apicale initiale qui suit une réinfection lobaire également apicale et de même structure; 2° dans la plupart des cas de cette deuxième catégorie, les lésions siègent dans le lobe moyen inférieur; elles procèdent généralement des foyers du type précédent par voie sanguine ou lymphatique; un troisième type enfin est constitué par le foyer pleuro-pulmonaire; il y a lieu de signaler en outre un type intermédiaire entre le foyer primaire et le foyer de réinfection (foyer de Simon).

S. a trouvé dans 24 pour 100 des cas une origine endogène de la tuberculose pulmonaire des adultes, celle-ci procédant de foyers de réinfection dont la manifestation la plus précoce et la plus fréquente est la caverne. L'extension du processus se fait habituellement tout d'abord par voie lymphatique, et plus tard seulement par voie bronchique ou sanguine.

G. Basch.

Lange. ***Le rôle des facteurs héréditaires dans la genèse et l'évolution de la tuberculose*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **72**, n° 4, 1935, p. 243-263). — De tous temps s'est posée, depuis que nous connaissons la contagiosité de la tuberculose, la question de l'hérédité du terrain: dans quelle mesure le bacille de Koch se développe-t-il mieux, toutes choses égales d'ailleurs, sur un terrain qui lui est propice, et dans quelle proportion les éléments acquis et héréditaires concourent-ils à constituer ce terrain? Le problème est d'autant plus complexe qu'il existe, chez les enfants de tuberculeux, d'une part une immunité naturelle et héréditaire vis-à-vis du bacille de Koch, et d'autre part une sensibilisation spéciale vis-à-vis de ce microbe. C'est la résultante éminemment variable de ces deux propriétés contraires qui constitue la part héréditaire du terrain tuberculeux. Mais si les statistiques fournissent toutes un coefficient de mortalité plus élevé chez les enfants de tuberculeux, il est spécialement difficile de fixer, lorsqu'on ne peut étudier chaque cas en particulier, la part qui revient à la contamination par le milieu. Impossible donc de tirer des conclusions fermes des statistiques. Tout aussi délicate est l'interprétation des statistiques qui cherchent à remonter plus haut dans les origines des sujets infectés; aucune d'elle n'entraîne la conviction. Diehl a recherché si les jumeaux univitellins se comportaient vis-à-vis de l'infection de la même manière que les jumeaux bivitellins. Or le comportement des jumeaux univitellins était le même dans 70 pour 100 des cas, celui des bivitellins seulement dans 25 pour 100 des cas.

Enfin, la résistance particulière que présentent les peuples civilisés vis-à-vis de la tuberculose, et la sensibilité des peuplades primitives vis-à-vis de cette infection, tendraient à prouver au contraire la réalité d'une immunité héréditairement acquise.

Il résulte donc de l'incertitude dans laquelle nous sommes en présence de ces contradictions que la prophylaxie antituberculeuse doit s'exercer avant tout dans le domaine des sources d'infection plus que dans la voie de l'eugénisme.

G. Basch.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

N. Palacios Costa, M. V. Falsia, Collilas et **Marchisio.** ***La transmission transplacentaire de la tuberculose*** (*La Semana Medica*, t. **41**, n° 42, 18 Octobre 1934, p. 1156-1160). — Depuis 20 ans, l'on connaît les formes filtrantes du bacille de Koch, capables de déterminer une hypertrophie des ganglions lymphatiques. On les a décelées dans le sang du cordon ombilical, au moment même de la naissance d'enfants de mères tuberculeuses, sang qui inocule le cobaye. L'on a décrit des lésions tuberculeuses du placenta et de la région ombilico-hépatique du fœtus.

C., F., C. et M. ont prélevé, par ponction abdominale, 10 cmc de liquide amniotique de 24 femmes tuberculeusés, enceintes de plus de 6 mois. Ils ont recueilli, en outre, au moment de la délivrance, 21 placentas de tuberculeuses. L'inoculation au cobaye a été positive dans 3 cas sur 24 de la première série, et dans 1 cas sur 21 de la seconde. Les enfants correspondants, séparés de la mère, se développent normalement.

Ces résultats positifs n'en confirment pas moins la théorie de la transmission transplacentaire de la tuberculose.

G. d'Heucqueville.

P. Satanowsky et **P. Kurlat.** ***Contribution à l'étude de la cataracte sénile*** (*La Semana Medica*, t. **41**, n° 42, 18 Octobre 1934, p. 1163-1173). — La cataracte résulte souvent de modifications, physiques ou chimiques, des humeurs. Les milieux non isotoniques, les solutions acides, les sels alcalino-terreux, sels calciques en particulier, altèrent le cristallin.

Le cristallin dans la cataracte est plus riche en calcium que le cristallin normal. Or, le taux du calcium humoral dépend lui-même du p_H, de la réserve alcaline, des réserves calciques, de l'équilibre des ions métalliques, des sécrétions parathyroïdiennes, de la fonction rénale.

S. et K. ont étudié 242 malades atteints de cataracte sénile, spécialement du point de vue de ce dernier facteur, mesurant chez chacun d'eux la tension artérielle, l'azotémie, recherchant l'albuminurie et la glycosurie. La plupart des chiffres obtenus cadrent avec l'hypothèse d'une hypocalcémie.

G. d'Heucqueville.

S. Consigliere, C. V. Martinez et **A. Soubrie.** ***Les angines tuberculeuses*** (*La Semana Medica* t. **41**, n° 46, 15 Novembre 1934, p. 1508-1521). — Les angines tuberculeuses se distinguent nettement des autres angines. Elles forment une famille, qui mérite une étude monographique comme les angines diphtériques.

On rencontre une localisation pharyngée ou laryngée chez 90 sur 100 des tuberculeux. Les formes cliniques traduisent les réactions de différents terrains.

Sur les terrains les plus résistants, l'angine demeure souvent latente, révélée seulement par l'examen histologique. La forme fruste se caractérise par des difficultés de la déglutition, un aspect congestif, granuleux et brillant de la muqueuse. Chez les scrofuleux et les adénoïdiens, on observe des végétations tuberculeuses constituant une vraie angine larvée.

L'angine caractérisée affecte la symptomatologie d'un tuberculome ou d'une lésion fibro-caséeuse, extensive ou localisée, aux ulcérations caractéristiques, avec possibilité d'abcès froid.

Sur les terrains défaillants, l'angine tuberculeuse évolue rapidement. L'angine miliaire apparaît comme la première manifestation d'une granulie: elle se caractérise par un semis de granulations, avec congestion, hyperthermie marquées. L'angine subaiguë à larges ulcérations se déclare à la période terminale de la phtisie.

9 observations démonstratives.

G. d'Heucqueville.

J. C. Montanaro et **J. L. Hannon.** ***Crises salivaires tabétiques*** (*La Semana Medica*, t. **41**, n° 47, 22 Novembre 1934, p. 1619-1624). — Parmi les crises tabétiques, les crises de sialorrhée sont rares. M. et H. en rapportent une observation.

Début du tabes par des douleurs fulgurantes, puis des crises gastriques. Abolition des réflexes tendineux, hypotonie, hémi-atrophie de la langue, bandes d'anesthésie tactile sur le thorax.

Des crises de sialorrhée se déclarent quotidiennes, au cours desquelles sont sécrétés 600 à 1.300 gr. de salive. Réflexe oculo-cardiaque nul. Epreuve à l'adrénaline positive.

Des zones de thermo-analgésie apparaissent. Hypoesthésie linguale, agueusie, anosmie.

La salive émise au cours des crises est très diluée, de formule mixte, mais à prédominance parotidienne nette.

M. et H. expliquent les crises salivaires de leur malade par un phénomène réflexe à point de départ gastrique, sans les rattacher à une atteinte lésionnelle radiculaire ou nucléaire.

G. d'Heucqueville.

R. A. Izzo, O. Aguilar et **D. Schiffrin.** ***Caverne géante du poumon*** (*La Semana Medica*, t. **41**, n° 50, 13 Décembre 1934, p. 1821-1829). — Observation d'une caverne géante du poumon, occupant la majeure partie du champ pulmonaire droit, apparaissant à la radioscopie claire, avec une image liquidienne dessinant la paroi inférieure de la caverne.

La ponction ramène un liquide purulent, riche en bacilles de Koch. La trachée et le médiastin

sont rejetés dans l'hémi-thorax gauche. Les auteurs ont suivi sous l'écran l'extension progressive de la caverne, sans jamais observer de syndrome cavitaire clinique. Une tentative de pneumothorax confirme le diagnostic.

A l'autopsie, ils ont trouvé une énorme poche gonflée de gaz sous tension.

G. d'Heucqueville.

J. Tiscornia et **C. Mercandino.** ***L'exploration radiologique des voies lacrymales*** (*La Semana Medica*, t. **41**, n° 50, 13 Décembre 1934, p. 1864-1872). — La radiologie peut apporter des éléments de diagnostic précieux dans les affections lacrymales.

T. et M. utilisent les injections de lipiodol. L'opération comporte les temps suivants: expression du sac lacrymal, anesthésie du sac et des voies lacrymales par une solution de cocaïne à 5 pour 100, lavage et injection.

La position frontale de la plaque permet d'obtenir les images les plus démonstratives. 10 observations, avec clichés montrant nettement les voies lacrymales injectées.

G. d'Heucqueville.

G. Sayago, T. de Villafane Lastra et **J. B. Rocca.** ***Parasitose intestinale et tuberculose pulmonaire*** (*La Semana Medica*, t. **41**, n° 51, 20 Décembre 1934, p. 1953-1956). — Conclusion d'une enquête clinique, ayant porté sur 138 sujets tuberculeux, dont 44 se sont révélés parasités, et 8 atteints de tuberculose pulmonaire.

L'interprétation des troubles intestinaux des tuberculeux atteints d'helminthiase est d'ordinaire difficile. Il n'est pas démontré que les parasitoses favorisent les localisations intestinales chez les tuberculeux. Mais elles aggravent les entéro-colites avec lesquelles elles coexistent.

Du point de vue thérapeutique, on doit traiter les parasitoses des tuberculeux comme les parasitoses des non tuberculeux, notamment par les arsenicaux pentavalents.

G. d'Heucqueville.

O. F. Noguera, M. H. Moreau et **G. C. Bertami.** ***Méga-oreillette gauche*** (*La Semana Medica*, t. **41**, n° 52, 27 Décembre 1934, p. 2022-2032). — A propos de trois observations de ce syndrome rare, N., M. et B. en retracent l'histoire clinique.

Etiologie rhumatismale habituelle. Anatomiquement, on constate d'ordinaire une insuffisance et un rétrécissement mitraux, une sclérose de la tunique moyenne.

Une dilatation importante de l'oreillette gauche se traduit par un syndrome de tumeur médiastinale, avec dysphagie, toux coqueluchoïde. L'examen montre une matité étendue en avant et en arrière, un roulement diastolique et un souffle systolique. Les bruits se propagent le long du rachis et du squelette, signe pathognomonique.

Par l'examen radiologique, on met en évidence successivement: l'abaissement du point G, l'opacification du triangle clair en position oblique postérieure, puis des déplacements d'organes.

Les porteurs de méga-oreillette, souvent arythmiques, sont exposés à des embolies, des endocardites, des asystolies rapides. La thérapeutique actuelle se résume dans le strophantus et la quinidine.

Une dilatation auriculaire mérite seulement le nom de méga-oreillette quand elle déborde à droite, en position frontale, l'image du cœur.

G. d'Heucqueville.

BRASIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

N. de Souza Campos. ***L'épreuve de l'histamine dans le diagnostic de la lèpre maculo-anesthésique*** (*Brasil Medico*, t. **48**, n° 52, 29 Décembre 1934, p. 1083-1088). — S. C. montre le polymorphisme des lésions lépreuses et les incertitudes de leur diagnostic.

La cuti-réaction à l'histamine se pratique avec une solution de phosphate ou chlorhydrate d'histamine à 1 pour 100. L'on observe une triple réaction, comportant: érythème au lieu de l'injection, érythème réflexe de 3 à 8 cm. de diamètre, papule entre la 3e et la 8e minute.

Cette forme de réaction, réaction positive, se met en évidence, fidèlement, sur les taches lépreuses, érythémateuses, dyschromiques, résiduelles. Elle ne se rencontre pas dans les autres dermatoses.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

J. J. Carbajo, Garcia Banco et **V. Aura Riera.** ***Note clinique sur le traitement des hémoptysies tuberculeuses par les injections sous-cutanées d'oxygène*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. **38**, n° 1, 15 Janvier 1935, p. 19-22). — C., G. B. et A. R. critiquent *a priori* la théorie qui justifie les injections sous-cutanées d'oxygène dans les hémoptysies. Les sédations, observées à la suite de la formation accidentelle d'un emphysème sous-cutané, s'expliquent aisément par des réactions purement locales.

Ils ont néanmoins expérimenté la technique proposée, dans 20 cas d'hémoptysies, sans supprimer complètement d'ailleurs les hémostatiques habituels. Les résultats obtenus ne leur paraissent guère indiquer l'emploi courant de cette méthode.

G. d'Heucqueville.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

E. M. Landis et **L. H. Hitzrot.** ***La valeur clinique du traitement des affections vasculaires périphériques avancées par les alternatives de compression et de dépression*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 3, Mars 1935, p. 305-324). — L. et H. ont traité une série de malades atteints d'affections vasculaires avancées des membres, accompagnées de douleur ou d'ulcérations, telles qu'on en rencontre dans le diabète, l'artériosclérose, la maladie de Buerger, etc., et rebelles aux traitements conservateurs usuels, par des alternatives de dépression (— 80 à — 120 mm. Hg) et de compression (+ 40 à + 80 mm. Hg), réalisées au moyen d'un appareil spécial, pendant 25 et 5 secondes respectivement, durant une période d'une à deux heures, une fois ou deux par jour au début, puis trois fois par semaine, enfin une fois par semaine quand les symptômes s'amélioraient.

La cyanose diminua habituellement; mais on observa parfois une amélioration sans qu'il se produisît de modification notable de la couleur des téguments. La douleur liée à l'ischémie disparut d'ordinaire durant les alternatives de pression et devint progressivement moins intense dans l'intervalle des séances. On ne constata pas de soulagement durable chez les malades atteints de gangrène s'étendant profondément ou d'escarres vastes. Les ulcérations qui restaient atones ou s'étendaient avec les traitements conservateurs usuels commencèrent à guérir en général après l'institution de cette thérapeutique. La claudication intermittente s'atténua et la tolérance à l'exercice s'accrut le plus souvent, de façon légère, mais nette.

Cette thérapeutique se montra inutile dans l'ostéomyélite, dans les gangrènes profondes et dans les ulcères étendus.

Elle doit être appliquée avec précaution, en employant d'abord de faibles variations de pression. Avant de la mettre en œuvre, il faut traiter les infections ayant une tendance à une diffusion rapide et les collections purulentes éventuelles.

Cette méthode soigneusement appliquée mérite d'être essayée dans le traitement des affections vasculaires périphériques, même quand l'occlusion anatomique est assez avancée pour que l'ondée artérielle ne puisse plus être accrue par la vasodilatation. Elle peut encore rendre des services en augmentant l'afflux sanguin local temporairement durant les épisodes douloureux ou ulcératifs, de telle sorte que l'on gagne ainsi du temps pour le développement d'une circulation collatérale satisfaisante. On peut ainsi éviter souvent des opérations mutilantes.

P.-L. Marie.

J. M. Faulkner, E. H. Placc et **R. W. Ohler.** ***Les effets de la scarlatine sur le cœur*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 3, Mars 1935, p. 352-358). — La fréquence des complications cardiaques de la scarlatine est appréciée de façon très variable et les descriptions de l'endocardite scarlatineuse sont souvent très vagues. Pensant pouvoir démontrer avec plus d'objectivité le retentissement de la scarlatine sur le cœur, F., P. et O. ont eu recours à l'électrocardiographie.

Ils ont étudié 171 scarlatineux pendant et après la maladie. Ils ont obtenu un électrocardiogramme anormal dans 11 cas, l'anomalie consistant en une prolongation de l'intervalle P-R dans 5 cas et dans l'inversion ou l'aplatissement de l'onde T dans 6 cas. Ces anomalies se montrèrent toujours après le 13e jour de la maladie. A noter que 4 malades présentèrent des signes cliniques d'endocardite; parmi eux, 2 seulement avaient un électrocardiogramme anormal. 5 malades, qui avaient des anomalies électrocardiographiques, ne présentaient pas de signes cliniques d'atteinte du cœur; 3 n'avaient qu'un souffle systolique. Chez 17 patients à électrocardiogramme normal, on perçut des souffles systoliques d'intensité variée, le plus souvent apicaux, mais sans autres signes d'affection valvulaire.

D'autre part, ils ont étudié de façon suivie 600 anciens scarlatineux, de 1 à 3 ans après l'infection. Ils ont vu que 7 de ces sujets avaient contracté une cardiopathie valvulaire dans l'intervalle. Celle-ci ne pouvait pas être distinguée cliniquement d'une cardiopathie rhumatismale. Dans 3 de ces cas on ne trouvait pas d'épisode intercurrent de rhumatisme ou de chorée. L'électrocardiogramme ne montra que des modifications légères et chez 3 sujets seulement.

On ne constate pas d'influence fâcheuse de la scarlatine chez les anciens rhumatisants à cœur déjà touché.

F., P. et O. tendent à identifier cardiopathies rhumatismales et cardiopathies scarlatineuses, d'autant plus qu'ils ont observé dans un cas d'endocardite scarlatineuse l'apparition de nodules fibreux rhumatismaux typiques.

P.-L. Marie.

E. J. Steglitz. ***Le physique des migraineux*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 3, Mars 1935, p. 359-363). — D'après S. la migraine, maladie héréditaire et au moins en partie d'origine constitutionnelle, se rencontre

très fréquemment chez des personnes présentant un physique caractéristique, dont les particularités les plus significatives sont les suivantes: cheveux très fins, d'ordinaire châtains, peau fine, délicate, semblable à celle des enfants, pupilles larges, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation, traits fins, classiques, avec des narines étroites, extrémités froides et moites. Cet habitus, une fois qu'on l'a vu, est facile à reconnaître.

Parmi les caractéristiques physiologiques des migraineux il faut signaler 1° un degré peu habituel d'instabilité vasomotrice; 2° une diminution accusée de la résistance à la fatigue; 3° une température relativement très stable; 4° une immunité relative vis-à-vis des infections.

P.-L. MARIE.

M. B. Strauss. ***L'étiologie de la polynévrite « alcoolique »*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 3, Mars 1935, p. 378-382). — Divers auteurs ont déjà soutenu que la polynévrite « alcoolique » est principalement due à la carence de l'alimentation en vitamine B ou à l'assimilation défectueuse de cette dernière, mais sans en apporter la preuve.

S. a permis à 10 patients atteints de polynévrite alcoolique de continuer à prendre leur ration habituelle d'alcool, mais à la condition de suivre un régime bien équilibré et riche en vitamines, sous forme de levure de bière ou de produits analogues. On leur administra en outre un concentré de vitamine B et de l'extrait de foie par voie intramusculaire, dans le but d'obvier à tout trouble éventuel de l'absorption existant chez ces malades ou résultant de leurs habitudes alcooliques. Dans tous ces cas la polynévrite s'améliora.

S. en conclut que la polynévrite « alcoolique » ne résulte pas primitivement d'un effet neurotoxique de l'alcool, mais est probablement la conséquence d'une carence alimentaire, peut-être liée dans certains cas à des troubles du fonctionnement gastro-intestinal. Elle est semblable à la polynévrite du béri-béri et demande à être traitée de même.

P.-L. MARIE.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

W. K. Myers et **C. S. Keefer.** ***Rapports des protéines du plasma avec l'ascite et l'œdème dans la cirrhose du foie*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 3, Mars 1935, p. 349-359). — On a montré à maintes reprises que dans la cirrhose du foie l'accumulation du liquide dans la cavité péritonéale s'accompagne généralement d'une gêne très marquée de la circulation porte. Néanmoins l'observation clinique suggère que d'autres facteurs jouent un rôle important; les variations spontanées de l'ascite, sa diminution après administration de diurétiques, etc., sont difficiles à expliquer avec la seule gêne circulatoire porte. D'autre part, les cirrhotiques sont sujets à des œdèmes plus ou moins marqués dont la pathogénie s'explique difficilement par l'augmentation de pression intra-abdominale.

Aussi M. et K. ont-ils examiné les autres facteurs susceptibles de contribuer à la production de l'ascite et de l'œdème, en particulier le taux des protéines du plasma et de l'ascite ainsi que les effets du régime riche en protéines sur le taux des protéines du plasma.

Chez les 16 cirrhotiques étudiés ils ont trouvé un abaissement des protéines totales du plasma, portant surtout sur la sérine, et une inversion du rapport sérine-globuline. L'administration d'un régime hyperazoté ne fit pas augmenter le taux des protéines du plasma; la pauvreté du régime en protéines n'explique donc pas la diminution des protéines du plasma.

Dans 14 cas d'autres affections hépatiques (hépatites diverses, ictère catarrhal, cancer du foie, etc.) ils ont constaté des modifications du même ordre, mais moins profondes, du taux des protéines du plasma.

Chez les cirrhotiques la teneur de l'ascite en protéines oscillait entre 0 gr. 10 et 0 gr. 70 pour 100; le taux de sérine de l'ascite était proportionnellement plus élevé que celui du plasma sanguin.

L'évacuation de l'ascite détermina des modifications des protéines du plasma et une hydrémie passagère avec diurèse correspondante.

L'œdème périphérique s'accompagnait, en dehors de toute insuffisance cardiaque, d'un abaissement des protéines du plasma.

M. et K. concluent de leurs recherches que l'apparition de l'ascite dans la cirrhose doit dépendre jusqu'à un certain point de la pression osmotique du plasma sanguin tout autant que de l'obstruction porte. L'hypoprotéinémie peut résulter, d'une part, d'un défaut de formation des protéines relevant probablement d'une altération de la fonction hépatique, d'autre part, d'une perte des protéines due à la constitution de l'ascite.

P.-L. MARIE.

C. Friedman. ***Etat cardio-vasculaire des diabétiques ayant passé 40 ans*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 3, Mars 1935, p. 371-394). — F. a fait une enquête sur l'état du système cardio-vasculaire de 120 diabétiques ayant dépassé 40 ans. Il a constaté cliniquement de l'artériosclérose de l'aorte chez 75 pour 100 d'entre eux, 60 pour 100 ayant de la dilatation de l'aorte, et de l'artériosclérose des artères rétiniennes chez 69 pour 100. Chez 47 pour 100 des malades il y avait une augmentation du volume du cœur qui n'était acepsée que chez 18 pour 100. Cette augmentation est plus fréquente chez les diabétiques ayant passé 40 ans que chez les artérioscléreux non diabétiques.

Dans 56 pour 100 des cas il existait de l'hypertension; elle ne se montra permanente que dans 38 pour 100. On releva des anomalies de l'électrocardiogramme (anomalies de l'onde T et troubles de conduction) dans 35 pour 100 et de la rétinite dans 28 pour 100.

Après 40 ans le nombre des femmes atteintes de diabète se montra de 2 à 3 fois supérieur à celui des hommes. Les altérations cardio-vasculaires se rencontrent plus souvent chez les femmes que chez les hommes après 40 ans.

La fréquence de l'artériosclérose, de l'hypertension, des anomalies de l'électrocardiogramme et de la rétinite s'élève avec l'âge. La fréquence de l'augmentation de volume du cœur diminue brusquement à partir de 60 ans.

La rétinite se montre plus fréquemment dans le diabète grave que dans le diabète bénin; elle est plus fréquente dans les diabètes de longue durée.

Les diabétiques présentant de l'artériosclérose grave et des anomalies électrographiques fréquentes, la rétinite mise à part, tendent à avoir un diabète bénin.

Le rhumatisme articulaire aigu et la syphilis ne sont que des facteurs accessoires dans le développement des manifestations cardio-vasculaires.

Chez les diabétiques artérioscléreux on trouve deux formes distinctes d'artériosclérose: la plupart ont de l'artériosclérose dégénérative, un petit nombre de l'artériosclérose hyperplasique diffuse, celle-ci se distinguant par l'hypertrophie cardiaque concomitante. Parmi les malades présentant de l'artériosclérose dégénérative sans hypertension, on en trouve autant avec un diabète bénin qu'avec un diabète grave; chez ceux qui ont une artériosclérose dégénérative avec hypertension, les cas bénins prédominent; chez ceux ayant une artériosclérose hyperplasique diffuse, les quatre cinquièmes ont un diabète bénin.

La fréquence des altérations cardio-vasculaires est maximum chez les malades ayant de l'artériosclérose diffuse, moindre chez ceux ayant de l'artériosclérose dégénérative accompagnée d'hypertension et minimum chez ceux qui ont de l'artériosclérose dégénérative sans hypertension. Ainsi le type d'artériosclérose détermine la fréquence des symptômes cardiaques et de leurs séquelles.

La rétinite et les anomalies de l'électrocardiogramme sont avant tout des indices d'un état pathologique avancé des artères au niveau des vaisseaux choroïdiens et coronaires, mais d'autres facteurs interviennent aussi dans le déclenchement de ces altérations: infection intercurrente, troubles du métabolisme de l'eau et des hydrates de carbone, etc. Cliniquement, la présence de ces altérations signifie d'ordinaire artériosclérose avancée généralisée.

P.-L. MARIE.

W. B. Chew, R. P. Stetson, G. Van Smith et **O. Watkins-Smith.** ***Les hormones œstrogène, lutéale et gonadotrope dans l'hémophilie*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 3, Mars 1935, p. 431-444). — Birch prétend avoir amélioré le temps de coagulation et l'état général des hémophiles avec des préparations d'hormones sexuelles femelles tandis que d'autres auteurs n'ont eu que des échecs.

C., S., S. et W.-S. ont étudié deux hémophiles pendant de longs mois, avant toute thérapeutique et pendant qu'ils leur administraient des préparations d'hormone œstrogène par la bouche et sous la peau, de l'hormone du corps jaune en injection intramusculaire et de l'hormone gonadotrope provenant de l'urine de femmes enceintes par voie sous-cutanée. De plus, un de ces malades recevait des doses excitantes de rayons X sur la région hypophysaire.

Or cette thérapeutique ne s'accompagna pas de la moindre amélioration de l'état clinique ni d'une diminution nette du temps de coagulation. Des examens répétés montrèrent qu'il n'y avait pas de rapports entre les variations du temps de coagulation et la quantité de substance œstrogène extraite des échantillons d'urine de 18 heures.

L'urine des hémophiles non traités renfermait en général une plus grande quantité de substance œstrogène que celle des sujets masculins de même âge. Il est donc probable que cette substance ne manque pas dans le sang, comme on l'a prétendu.

Pendant l'administration de l'hormone gonadotrope semblable à celle de l'anté-hypophyse, après la radiothérapie et parfois en même temps que l'on constatait une quantité appréciable de facteur gonadotrope dans le sang, le temps de coagulation se montra allongé.

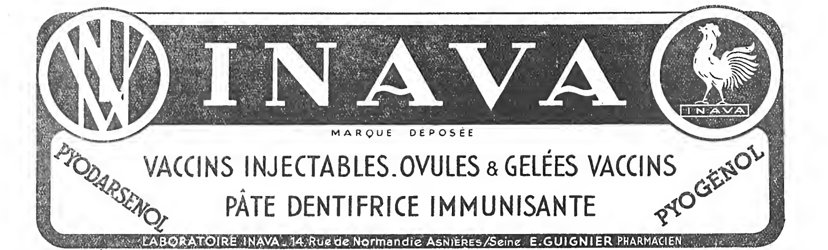
Ces faits permettent de conclure que les hormones examinées sont dénuées d'influence notable dans l'hémophilie.

P.-L. MARIE.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Kolmer. ***Traitement buccal de la syphilis par le tartro-bismuthate de potassium*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **31**, n° 1, Janvier 1935, p. 9-11). — K. estime que le tartro-bismuthate de potassium, soluble dans l'eau, peu toxique par voie buccale chez le rat et le lapin, est moins toxique chez l'homme que les composés mercuriels habituellement employés et qu'il a une action spirochéticide plus intense.

K. préconise ce traitement buccal comme traitement de consolidation pendant 6 à 8 semaines après les injections d'arsenic ou de bismuth, comme traitement d'entretien chez les syphilitiques chroniques, en particulier chez les cardio-vasculaires chez lesquels les injections peuvent déter-


INAVA
INAVA
MARQUE DÉPOSÉE
PYODARSENOL
VACCINS INJECTABLES. OVULES & GELÉES VACCINS
PÂTE DENTIFRICE IMMUNISANTE
PYOGÉNOL
LABORATOIRE INAVA. 14 Rue de Normandie ASNIÈRES/Seine. E. GUIGNIER PHARMACIEN

miner des réactions trop vives, enfin comme traitement combiné aux injections intraveineuses d'arsénobenzol.

Une formule agréable et stable est la suivante: tartro-bismuthate de potassium 1 gr., glycérine 100 gr., eau distillée 100 gr; une cuillerée à café 3 fois par jour après les repas. Chez l'enfant, la dose sera adaptée au poids et à l'âge. Comme les iodures sont incompatibles avec cette préparation, il faut les administrer séparément.

R. Burnier.

Greenhouse et **Rubin**. ***Pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **31**, n° 1, Janvier 1935, p. 83-86). — G. et R. ont observé un cas de cette affection rare, décrite par Habermann et par Mucha. Il s'agit d'un garçon de 20 mois, rachitique, avec gros ventre, adénopathie généralisée, grosses amygdales, foie et rate palpables. Le Wassermann est négatif et la tuberculino-réaction est négative.

En Décembre 1933, apparut sur l'abdomen une éruption qui se généralisa ensuite, épargnant seulement le cuir chevelu, la paume des mains, la plante des pieds et les muqueuses. Sur la face, on notait des papules ressemblant à du lichen plan, quelques placards maculo-papuleux analogues au pityriasis rosé et parfois des vésicules avec halo hémorragique et croûtes. Sur le tronc et les membres, les lésions étaient plus étendues et polymorphes, de coloration jaunâtre ou brunâtre; on y trouvait des papules grosses comme une tête d'épingle ou un pois, arrondies ou ovalaires, des vésicules recouvertes d'une croûte et finalement des cicatrices ressemblant à celles de la variole.

Ces lésions s'améliorèrent lentement et, en Juin, elles étaient presque complètement disparues; en même temps, les signes de rachitisme s'étaient également améliorés.

R. Burnier.

Sweitzer et **Laymon**. ***Acrodermatite chronique atrophiante*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **31**, n° 2, Février 1935, p. 196-212). — S. et L. rapportent 5 cas de maladie de Herxheimer. Le premier a trait à une femme de 56 ans, qui présenta une atrophie généralisée de la peau, des nodules fibreux, une arthrite déformante des extrémités, une atrophie osseuse, des bandes fibreuses des avant-bras, des lésions sclérodermiformes avec ulcération et une atrophie très marquée des muqueuses de la langue, de la bouche et du vagin. Cette atteinte des muqueuses est très rare; 4 cas seulement ont été publiés dans la littérature.

Chez une femme de 57 ans, on constata à la fois une atrophie maculeuse et diffuse et des nodules fibreux.

Chez une femme de 36 ans et un homme de 68 ans, il existait des lésions sclérodermiformes compliquées chez l'homme d'ulcération cutanée.

Enfin, chez un homme de 75 ans, l'acrodermatite chronique atrophiante était associée avec un lichen plan.

S. et L. considèrent la maladie de Herxheimer comme une affection chronique, progressive, qui débute par de l'inflammation et de l'infiltration cutanée, évolue vers l'atrophie, parfois compliquée de manifestations de dégénérescence ou d'hypertrophie cutanée.

L'étiologie est inconnue, ainsi que le traitement.

R. Burnier.

F. Reiss (Changhaï). ***Une nouvelle réaction pour le diagnostic de la lymphogranulomatose inguinale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **31**, n° 2, Février 1935, p. 215-216). — Il est parfois assez difficile de se procurer ou de préparer un bon antigène de Frei. Aussi R. croit-il utile de signaler une autre réaction plus simple qu'il n'a jusqu'ici employée que dans 6 cas, mais qui a toujours donné un résultat constant.

On prélève du sang chez les malades atteints de maladie de Nicolas-Favre typique, confirmée par la réaction de Frei. On sépare le sérum, qu'on mélange à une solution de phénol à 0,5 pour 100 et qu'on conserve à la glacière On s'assure avant l'emploi que le sérum est stérile en l'ensemençant.

R. fit sur 6 malades les réactions suivantes: 1° réaction de contrôle avec la solution phéniquée à 0,5 pour 100 dans du sérum physiologique; 2° antigène de Frei; 3° mélange de 0 cmc 05 d'antigène de Frei avec 0 cmc 05 de sérum d'un malade atteint de lymphogranulomatose inguinale (injection intradermique); 4° injection intradermique de 0 cmc 1 de sérum de malade atteint de maladie de Nicolas-Favre.

Les résultats furent les suivants: 1° réaction de contrôle négative; 2° papule typique infiltrée grosse comme un pois avec auréole de 1 cm. de diamètre; 3° réaction plus forte qu'avec le Frei seul. 4° réaction analogue à celle de Frei; elle atteint son acmé en 48 heures et disparaît en 8 à 10 jours.

Des réactions de contrôle, faites chez des malades témoins, non atteints de poradénite, donnèrent toujours des résultats négatifs.

Il résulte de ces faits que le sérum des malades atteints de maladie de Nicolas-Favre jouit de propriétés antigéniques, qu'on peut utiliser pour le diagnostic de la maladie. R. Burnier.

ORVOSI HETILAP
(Budapest)

I. Molnar. ***Etude sur l'oligurie nocturne*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 12, p. 320). — Les principes suivis par M. dans ses recherches s'appuient sur les observations faites par Jores en 1933. D'après les résultats de ses expériences, cet auteur conclut que l'oligurie nocturne, observée chez les sujets normaux, provient du rythme régulateur de la diurèse du centre hypophysaire et mésocéphalique. La théorie de Jores s'oppose à celle qui admet que la cause de ce phénomène est tantôt l'action répressive du sommeil, tantôt le manque de consommation d'eau pendant la nuit. Suivant les observations de M., les expériences de Jores contiennent deux causes d'erreur.

1° Dans les expériences faites chez les sujets convalescents, l'eau de la nourriture n'est pas calculée et séparée de l'ensemble du liquide consommé le jour de l'observation.

2° Dans les recherches faites chez les infirmières de nuit les conditions de la nourriture ne sont pas données.

L'auteur a repris les expériences de Jores, en éliminant ces causes d'erreur.

Voici les conclusions de ses travaux:

Ils n'apportent rien à l'appui de la théorie de Jores. Bien qu'il suppose l'existence d'un mécanisme central dans la régulation de la diurèse, M. pense que le rôle de la régulation n'est pas une fonction « sui generis » qui permettrait d'éliminer le rôle de la quantité d'eau des aliments et celui de la consommation ou non de liquides.

A. Blazso.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

J. Van der Hoeden. ***Anticorps spécifiques dans l'urine au cours de la maladie de Weil*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **79**, n° 17, 27 Avril 1935, p. 1943-1953). — Dans 17 cas sur 18 de spirochétose de Weil il a été trouvé dans l'urine des agglutinines et des lysines pour Leptospira icterohemorragica ou pour Leptospira canicola. Le titre le plus élevé a atteint 250. Dans quelques cas, la réaction a été plus spécifique pour le Leptospira en cause avec l'urine qu'avec le sang. Dans 33 cas sur 35 de sujets guéris de la maladie de Weil, on a trouvé également des anticorps dans l'urine, parfois même plus de 2 ans après la maladie.

L'agglutination apparaît dans les urines quelques jours après celle du sang, et parfois dès le huitième jour; elle persiste beaucoup plus longtemps que dans le liquide céphalo-rachidien. Une réaction de contrôle effectuée chez 146 sujets a été négative 143 fois. La réaction a été douteuse une fois et nette une autre fois à la dilution deux.

Chez 15 chiens atteints ou suspects de spirochétose, on a trouvé des agglutinines (lysines) dans le sang comme dans les urines. Par ailleurs, les recherches de contrôle observées chez 57 animaux se sont montrées 23 fois positives. Chez 7 de ces derniers animaux, la réaction a été également positive dans le sang. Les recherches poursuivies sur 11 rats sauvages ont donné une réaction positive dans le sang chez 6 animaux dont 4 avaient une réaction positive dans les urines. Ainsi, la recherche d'agglutination dans les urines est utile aussi bien pour le diagnostic de la maladie de Weil que pour les recherches épidémiologiques.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG
(Berne)

I. Abelin. ***Antagonisme vitamine A: thyroxine*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. **4**, n° 2, Avril 1935, p. 120-128). — On sait qu'il existe une collaboration étroite entre les sécrétions internes et le système nerveux. Il paraît de plus en plus probable qu'une collaboration du même genre existe entre les vitamines et les hormones et notamment entre la vitamine A et l'hormone thyroïdienne. Cette notion a amené A. a procéder à des recherches sur une série de rats mâles tous traités par une certaine quantité de thyroïde, la moitié d'entre eux recevant en même temps 4.000 unités biologiques de vitamine A. Il a été ainsi constaté que la préparation thyroïdienne seule faisait augmenter la production de calories. Par contre, chez des animaux traités simultanément avec la thyroïde et la vitamine A, cette production s'est élevée beaucoup moins. De même le poids a fortement diminué dans le premier cas alors qu'il a augmenté dans le second.

La thyroïde possède de plus la propriété d'inhiber la croissance en même temps que de provoquer une hypertrophie de certains organes comme le cœur, le foie, les reins et les surrénales et de faire disparaître les dépôts de graisse. Ces modifications sont prévenues par l'administration de vitamine A, la différence en poids pouvant atteindre 22 à 30 pour 100.

Le mécanisme de l'action antagoniste de la vitamine A sur les effets de la thyroïde est difficile à expliquer. Cependant, la vitamine A détermine une hypercholestérinémie et une hyperlipémie, c'est-à-dire l'inverse de ce qui s'observe en cas d'hyperthyroïdie. D'autre part, la vitamine A favoriserait de 50 pour 100 la fixation du glycogène dans les muscles alors que la thyroïde fait disparaître le glycogène musculaire. Jusqu'ici, cependant, il n'a pas été possible d'obtenir avec la vitamine A des résultats nets dans le traitement des hyperthyroïdies.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

G. Ramon et **R. Richou.** ***Essais sur l'immunité antitoxique (deuxième mémoire). De l'action toxique et immunisante de diverses toxines (abrine, toxine diphtérique, toxine staphylococcique) instillées dans le sac conjonctival chez le lapin. Nature et mécanisme de l'immunité ainsi produite. Immunité « locale » ou « générale » ?*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **54**, n° 5, mai 1935, p. 518-555). — Si on injecte dans le sac conjonctival de l'œil d'un lapin, une ou deux gouttes d'une solution d'abrine à dose croissante, on observe que la résistance à l'intoxication est obtenue aussi bien pour l'œil non traité que pour celui qui a reçu les instillations de la toxine végétale. Cette résistance s'établit après et non avant l'apparition dans le sang de l'anti-abrine, il ne s'agit donc pas d'un phénomène local, mais général et humoral.

Les expériences réalisées au moyen de la toxine diphtérique ou de la toxine staphylococcique ont donné des résultats entièrement superposables. Ces diverses toxines déclenchent au niveau de la conjonctive des phénomènes de congestion et d'inflammation qui diminuent leur nocivité, tout en conservant leurs propriétés immunisantes.

Quelle que soit sa voie d'accès, voie conjonctivale, transcutanée ou sous-cutanée, quelle que soit la forme qu'il revêt (toxine elle-même ou son dérivé anatoxique), l'antigène parvenant au sein de l'organisme, engendre la formation de l'antitoxine spécifique qui réalise, grâce à sa dispersion par la voie sanguine, l'immunité antitoxique générale.

La résistance locale — conjonctivale en l'espèce — au poison n'est qu'une manifestation de l'immunité antitoxique générale et spécifique.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

Sabadini et **Et. Curtillet.** ***Les épanchements biliaires intra-péritonéaux (cholépéritoines), sans perforation apparente des voies biliaires*** (*Journal de Chirurgie*, t. **45**, n° 2, Février 1935, p. 191-232). — Cette étude d'ensemble a pour point de départ 4 observations personnelles.

Le terme de péritonite biliaire donné à ces épanchements biliaires intra-péritonéaux ne paraît pas justifié à S. et C. et l'absence de température avec cultures microbiennes négatives possibles, la guérison facile de quelques cas, leur font préférer la dénomination d'épanchement biliaire intra-péritonéal, de cholépéritoine, proposée antérieurement par Lenormant et Guibé.

Le total des observations publiées depuis Bargelini (1897) est de 45, les 4 observations du mémoire comprises; elles se rapportent à 18 hommes et 26 femmes dont l'âge variait de 16 à 83 ans.

La lithiase biliaire coexistait dans 24 cas, mais sans obstruction de la voie biliaire principale; 18 fois la lésion biliaire était constituée par une cholécystite banale; dans 3 cas il y avait lésion pancréatique tumorale ou inflammatoire. Il ne s'agit donc pas d'une entité pathologique mais d'un syndrome secondaire à une lésion préexistante variable des voies biliaires.

Au point de vue clinique, nous rappellerons seulement qu'il y a une forme péritonéale aiguë dont les signes imprécis n'incitent pas au diagnostic de cholépéritoine et qui se présente parfois sous l'aspect d'un iléus, et une forme subaiguë terminée elle-même quelquefois par des accidents aigus.

L'étude anatomo-pathologique, qui n'apporte pas l'explication franche de l'épanchement biliaire intra-péritonéal, n'indique la découverte d'une perforation biliaire macro- ou microscopique que dans 3 cas qui ne sont même pas reconnus comme probants. Elle établit plus sûrement l'existence d'une forte distension de la vésicule et de lésions importantes de sa paroi, ces mêmes lésions ayant porté plus rarement sur le cholédoque; il s'agit exceptionnellement d'une lésion pancréatique.

La voie suivie par l'épanchement biliaire n'étant pas révélée par l'étude anatomique, reste le domaine des hypothèses pathogéniques. L'ictère par rétention colorant une ascite, la perforation du duodénum, la transsudation de la bile intra-hépatique par les *vasa aberrantia* peut-être perforés, sont rejetés. L'existence d'une perforation même microscopique d'une des voies biliaires extra-hépatiques n'étant pas établie, reste la transsudation qui a été vue au cours des interventions et expérimentalement par S. et C. Il est peu probable qu'elle se fasse par les canaux de Luschka ou par les lymphatiques et il ne reste qu'à envisager qu'elle se trouve favorisée par des modifications de la bile ou de la paroi de la vésicule, ou par les deux simultanément. Blad, de ses expériences, conclut que le cholépéritoine est déterminé par une digestion de la paroi biliaire due à une transformation de la bile par les ferments pancréatiques ou par les bactéries venus dans les voies biliaires par un phénomène de reflux. Sur cette indication, la présence de ferments pancréatiques a été établie et dans la bile intra-vésiculaire et dans l'épanchement intra-péritonéal. S. et C., sans la rejeter, ne croient pas encore démontrée cette origine pancréatico-biliaire des cholépéritoines. Ils attachent beaucoup d'importance à l'infection souvent rencontrée, due au streptocoque, au colibacille, à l'entérocoque, au bacille d'Eberth et ils pensent qu'elle peut être la cause des deux faits reconnus nécessaires à la transsudation : la nécrose de la paroi biliaire et la présence de ferments protéolytiques dans la bile vésiculaire. Cette théorie microbienne du cholépéritoine a été soutenue par Moulongnet-Doléris.

Avant de passer à l'exposé de leurs expériences sur 12 chiens, S. et C. signalent, en les opposant sans pouvoir les expliquer, la bénignité relative du cholépéritoine spontané chez l'homme et la gravité mortelle du cholépéritoine provoqué chez l'animal.

Les lésions expérimentales pratiquées ont été :

La section du cholédoque et la ligature des deux bouts, la ligature du canal cystique, pour vérifier le rôle attribué par Clairmont et von Haberer à l'occlusion des voies biliaires.

La section du cholédoque sans ligature des deux bouts, l'injection du contenu vésiculaire dans la cavité péritonéale pour apprécier l'action de la bile sur le péritoine.

L'injection de cultures microbiennes dans la vésicule après ligature du cholédoque, l'injection de suc pancréatique dans la vésicule biliaire pour vérifier l'action nécrosante de ces deux agents probables de la transsudation biliaire.

Le résultat permet de dire que l'obstruction cholédocienne a, dans les 2/5 des cas, entraîné un épanchement biliaire, l'infection, l'irruption de suc pancréatique n'ayant déterminé que des nécroses pariétales. Ainsi S. et C. sont amenés à reconnaître que les causes sont multiples et parmi elles, ils mettent au premier rang la distention vésiculaire, le plus souvent énorme, sans obturation mécanique, qu'ils ont observée.

Les traitements suivis ont varié suivant les indications (drainage simple, cholécystostomie avec ou sans cholédocotomie, cholécystectomie, cholédocotomie) et sur 41 opérés ont donné 28 guérisons et 13 morts. L'opération qui semble s'imposer est la cholécystectomie; toutefois la simple cholécystostomie et même le simple drainage abdominal parfois imposé par l'état du malade, pourront assurer la guérison dans les cas où l'ablation de la vésicule serait d'une exécution difficile et dangereuse.

P. Grisel.

JOURNAL DES PRATICIENS
(Paris)

P. Lereboullet. ***Quelques remarques sur la vaccination antituberculeuse par le BCG.*** (*Journal des Praticiens*, t. **49**, n° 21, 25 Mai 1935, p. 337-342). — Le point de départ de la méthode est que la résistance de la tuberculose est liée à la présence dans l'organisme de bacilles tuberculeux vivants, à l'exclusion des bacilles morts et de leurs constituants. On a donc cherché à réaliser une race de bacilles tuberculeux privés de virulence.

Les recherches expérimentales de Calmette et Guérin ont mis en relief l'importance du premier occupant. Selon eux, pour que la prémunition se réalise, le travail intime qui s'effectue dans l'organisme consécutivement à la vaccination par le BCG, doit s'accomplir dans un milieu strictement indemne de tuberculose, d'où la nécessité d'isoler l'enfant vacciné pendant une période beaucoup plus longue qu'on ne le pensait, lors des premiers essais.

« On ne peut demander au BCG de protéger l'organisme du jeune enfant contre un envahissement brutal et massif du bacille virulent. » Ce que l'on doit demander au BCG c'est moins de donner une immunité absolue à toute infection tuberculeuse, que de faire que cette infection, si elle survient, soit curable et susceptible de contribuer à l'immunité du sujet. Ces notions doivent être connues pour ne pas mal interpréter des faits en apparence défavorables.

Il serait désirable que régulièrement, les enfants vaccinés soient soumis périodiquement à la cuti-réaction à la tuberculine et que la vaccination soit répétée si l'épreuve est négative. Peut-être d'ailleurs y aurait-il lieu, soit secondairement, soit d'emblée, d'employer de préférence la méthode des injections sous-cutanées.

Des travaux et discussions récents, il ressort qu'il est nécessaire, puisque l'allergie ne s'établit souvent que lentement : 1° de séparer l'enfant de toute contagion, après la vaccination et pendant une durée d'au moins deux mois; 2° de continuer même au delà, à l'égard des vaccinés, les mêmes précautions contre la contagion que celles prises à l'égard des non vaccinés.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

G. Etienne et **L. Collesson.** ***Etude documentaire sur le substratum et le traitement hépatiques de la migraine*** (*Revue médicale de l'Est*,

t. 63, n° 7, 1er Avril 1935, p. 237-257). — Chez 75 migraineux (35 hommes et 40 femmes) E. et C. ont recherché les signes témoignant d'un trouble hépatique et institué un traitement hépatique. Les paroxysmes migraineux de 47 malades étaient séparés par des intervalles absolument libres, sans aucune ébauche de céphalée. Les autres patients avaient, eux aussi, de grands accès, mais dans l'intervalle, ils gardaient une sorte de malaise permanent : céphalée tenace, plus ou moins violente, état nauséeux, asthénie, sensation de fatigue, impossibilité de fixer l'attention et de se livrer à tout travail intellectuel.

Dans quelques cas, les signes cliniques hépatiques sont massifs : syndrome hépato-biliaire, cholémie, etc..., mais le plus souvent, seul un examen systématique permet de déceler le trouble du fonctionnement du foie. 70 fois sur 75, le foie était petit, 5 fois seulement, il était hypertrophié. L'inappétence matinale est souvent signalée, 17 fois on a trouvé un syndrôme d'ordre vésiculaire.

A tous ces malades, on a appliqué une thérapeutique de stimulation hépatique, médicamenteuse et par la cure de Vichy. Dans un premier stade, tout se passe comme si la cellule hépatique défaillante était suppléée dans son fonctionnement par l'emploi systématique des stimulants du foie ; cette phase variable suivant les individus est toujours de plusieurs mois. Tant que cette période n'est pas dépassée, le traitement doit être poursuivi sans relâche. Dans un second stade, la cellule hépatique, stimulée méthodiquement, finit par reprendre un fonctionnement normal, le foie suffit à sa tâche, on peut suspendre les médications. Les accès de migraines ne réapparaissent plus ou demeurent estompés.

Pratiquement, tous les migraineux traités ont été considérablement améliorés et cette épreuve thérapeutique a autant de valeur que les épreuves de laboratoires pour la détermination de l'insuffisance hépatique.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DU RHUMATISME

(Paris)

M. Loeper et **P.-L. Violle.** ***Existe-t-il une goutte calcique ?*** (*Revue du Rhumatisme*, t. 2, n° 4, avril 1935, p. 289-302). — « Le mot « goutte » repose sur la conception très ancienne d'humeurs peccantes qui tombent goutte à goutte dans les tissus frappés de podagre.

Rien n'empêche de grouper sous cette appellation les divers syndromes qui résultent d'un processus analogue à celui de la goutte urique. »

Il y aurait ainsi, à côté de la goutte urique, la goutte calcique, des gouttes mixtes et d'autres gouttes encore inconnues.

La goutte calcique constitue un syndrome caractérisé cliniquement par la présence, dans le tissu cellulaire sous-cutané des extrémités, et plus particulièrement des doigts de la main, de dépôts calcaires qui, par leur aspect, rappellent plus ou moins les tophi que l'on observe dans la goutte urique. On peut voir aussi des dépôts calcaires dans le tissu cellulaire sous-cutané d'autres régions. Parmi les 20 derniers cas de goutte observés, 2 étaient de la goutte calcique, vérifiée par la radiographie et l'examen du tophus.

Le processus qui aboutit aux précipitations calciques passe par des étapes analogues à celles qui aboutissent aux précipitations uratiques ; les modalités réactionnelles diffèrent.

Les troubles angio-neurotiques sont, chez le goutteux urique, à type de vaso-dilatation, d'où le pseudo-phlegmon périarticulaire si douloureux. Chez le goutteux calcique, c'est un état d'angiospasme qui se traduit par une sensation d'engourdissement, des engelures et de l'acrocyanose et parfois l'apparition d'un véritable syndrome de Raynaud.

Chez le goutteux urique, ce sont les tissus cartilagineux qu'atteignent surtout les troubles vasodilatateurs, qui n'épargnent pas cependant le tissu osseux. Chez le goutteux calcique, les troubles vaso-constricteurs déterminent des altérations cutanées qui se traduisent d'abord par de la sclérodactylie, puis par une sclérose cutanée plus étendue, il n'y a jamais de lésions osseuses.

Les précipitations chez le goutteux urique sont uratiques, débutent au niveau du cartilage et n'existent que s'il y a lésion du cartilage. Chez le goutteux calcique, les précipitations calciques sont entraînées par les modifications scléreuses cutanées ; elles débutent à la pulpe des doigts, on ne les voit jamais avant qu'il y ait déformation scléro-dermique.

Les précipitations calciques et uriques sont également fonction de lésions tissulaires, ces lésions étant déterminées par des troubles angio-neurotiques différents pour les deux syndromes.

On peut dire qu'il existe une goutte calcaire.

ROBERT CLÉMENT.

P.-L. Violle (Vittel). ***L'évolution de l'uricémie chez les goutteux*** (*Revue du Rhumatisme*, t. 2, n° 4, avril 1935, p. 303-323). — De nombreuses analyses faites chez les goutteux ont donné à V. l'impression que « au cours de la goutte, les mouvements de l'acide urique entre le sang et les tissus et du sang vers les urines présentent une régularité suffisante pour qu'il soit possible de les schématiser dans leurs grandes lignes ». Cette schématisation ne peut se faire que lorsque les épisodes aigus articulaires sont francs, sans complications et surtout lorsqu'il n'y a aucun trouble rénal.

A la période d'état, il existe une phase latente où il n'y a ni hyperuricurie, ni hyperuricémie. L'acide urique est éliminé normalement par les urines.

Puis vient une phase d'accumulation urique dans le sang. Les reins fonctionnent normalement, mais l'acide urique a pris une forme anormale, difficilement éliminable, l'hyperuricémie s'accompagne d'hypo-uricurie.

Dans la troisième phase, l'acide urique, en excès dans le sang, précipite au niveau de certains tissus, l'hyperuricémie diminue sans qu'il y ait hyperuricurie.

Ensuite, le courant de l'acide urique du sang vers les tissus cesse : l'hyper-uricistie reste étale. L'acide urique passe de nouveau normalement du sang dans les urines. Cette période d'accalmie peut durer plus ou moins longtemps. Un jour, l'organisme réagit à l'excès d'acide urique précipité dans les tissus, la crise de goutte éclate.

En période de crise, il y a d'abord une phase de libération urique tissulaire ; l'acide urique est déversé en abondance dans le sang. L'hyperuricémie est variable avec la rapidité et l'importance du passage dans le sang et du sang dans les urines. Ce stade est caractérisé par une forte hyperuricurie.

La phase suivante est celle de la libération urique sanguine. Le passage de l'acide urique tissulaire dans le sang se ralentit ; l'hyperuricurie reste abondante : aussi, après un temps plus ou moins long, l'acide urique reprend-il son taux normal dans le sang.

Les différentes phases du schéma sont extrêmement variables dans leur durée.

Les variations de l'acide urique dans le sang et les urines des goutteux, dans des conditions bien définies et pour un apport purique alimentaire identique, traduisent les échanges entre le sang et les tissus. Si l'on arrive à distinguer dans l'acide urique total, l'acide urique rétentionnel, on aura une indication précieuse pour la conduite du traitement.

ROBERT CLÉMENT.

BRUXELLES MÉDICAL

J. Beerens et **H. Cuypers** (Gand). ***Action du venin de cobra sur la circulation*** (*Bruxelles-Médical*, t. 15, n° 28, 12 Mai 1935, p. 757-771). — Chez 20 lapins et 10 cobayes, B. et C. ont étudié l'effet sur la pression sanguine, la fréquence cardiaque et respiratoire, de l'inoculation de venin de cobra à doses modérées ou mortelles.

L'injection dans la veine marginale de l'oreille du lapin de 60 unités-souris entraîne une chute brusque et momentanée de la pression artérielle sans modification du rythme cardiaque. Avec des doses répétées, on peut obtenir une hypotension plus marquée. L'action hypotensive du venin de cobra persiste après vagotomie double et section des nerfs de Cyon, ainsi qu'après injection de sulfate d'atropine. Elle ne s'exerce donc pas par l'intermédiaire des vagues.

Les tracés manométriques et électrocardiographiques ne montrent aucune altération au moment de la chute de la tension artérielle, mais quelques minutes après, une augmentation des ondes T. B. et C. en concluent que le venin de cobra freine l'automatisme cardiaque. Il inhibe le nœud de Keith et Flack, après quoi il frappe le tissu autonome entier déterminant un ralentissement de la propagation de l'excitation dans les ventricules, puis, si les doses sont fortes, un blocage des branches du faisceau de His.

Les altérations de l'onde T. et le décalage de la ligne isoélectrique sont la preuve d'une atteinte du myocarde non différencié.

ROBERT CLÉMENT.

R. Bourg. ***Recherches concernant l'histo-physiologie des greffes d'ovaires chez la femme*** (*Bruxelles-Médical*, t. 15, n° 30, 26 Mai 1935, p. 821-826). — Depuis octobre 1933, B. a 12 fois greffé, la plupart du temps dans le plan souscutané de la région inguinale des deux côtés, de petits fragments corticaux des ovaires enlevés au cours d'annexectomie double. Il a pu suivre, depuis un an et plus, 6 de ses opérées.

Le greffon est bien toléré, même dans des séquelles de pyosalpingite. Il se fait des adhérences progressives dès le 10e ou le 12e jour, puis une résorption totale des greffons qui deviennent impalpables pendant 1 mois et 1/2 à 3 mois. Durant cette première période, la malade ressent tous les troubles de la ménopause par castration, ensuite les greffons grossissent à nouveau, la malade perçoit à nouveau une sensation de gêne, les bouffées de chaleur disparaissent progressivement et dans 2 cas apparut une petite perte de sang qui ne ressemble en rien aux règles antérieures. Les greffons continuent à grossir ; dans presque tous les cas, un des deux devint kystique. La ponction permit de retirer 10 cmc d'un liquide jaune citrin ou hémorragique. En même temps, on note la régression des symptômes d'insuffisance ovarienne et l'apparition des règles, en général, au 5e mois, 5 fois sur 6. Les premières règles sont anormales, puis elles deviennent plus abondantes ; elles ne sont jamais douloureuses.

L'évolution du greffon retentit sur l'utérus qui diminue durant les premiers mois pour reprendre des dimensions normales ensuite.

L'action de certains greffons est vite épuisée, leur survie paraît variable.

Pour préciser la nature des hémorragies utérines on a pratiqué de petites biopsies à la curette, de la muqueuse utérine, 12 jours et 2 mois 1/2 après la greffe, à diverses périodes après les règles et le 2e jour de la menstruation. On a pu constater que la muqueuse utérine subit une série de modifications, caractérisées par l'existence de phases prémenstruelle et postmenstruelle et qu'endocrinologiquement les hémorragies ont bien la valeur

de cycles menstruels complets et non de simples phénomènes congestifs.

L'annexectomie double, avec conservation de l'utérus et greffe double d'ovaire dans la région inguinale, présente des indications bien déterminées.

Robert Clément.

A. Van Praag. ***Données nouvelles sur la sprue nostras*** (*Bruxelles-Médical*, t. **15**, n° 31, 2 Juin 1935, p. 843-852). — Une femme de 32 ans présentait depuis 2 ans une diarrhée composée de selles impérieuses grisâtres ou jaune clair, que la plupart des médications symptomatiques n'avaient pu guérir. La malade avait maigri de 25 kilogr. en 2 ans. Aspect cachectique, teint terreux, pâleur, langue rouge, lisse, brillante, sans taches, avec sensation de brûlures buccales.

Cette diarrhée chronique, avec selles volumineuses, contenant une quantité anormale d'acides gras, associée à la glossite, l'amaigrissement et l'anémie, fit porter le diagnostic de sprue nostras, cette malade n'ayant jamais séjourné aux colonies.

Un régime fructarien, alternant avec un régime lacté et du jus de viande, l'hépatothérapie, le gluconate de calcium et un extrait thyroïdien, amenèrent une amélioration des symptômes; cependant la malade conserve 2 selles pâteuses le matin au réveil, encore trop riches en acides gras.

A propos de cette observation, P. expose le tableau de la sprue, dont il considère la maladie cœliaque comme la forme infantile.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

H. Bohnenkamp. ***Le traitement de la tachycardie paroxystique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 12, 23 Mars 1935, p. 404). — B. a eu l'occasion, au cours de ces deux dernières années, d'observer 5 sujets présentant des accès de tachycardie. Il s'est agi presque exclusivement d'accès sévères et persistants qui, malgré cela, ont cessé sous l'influence de la thérapeutique à laquelle on s'est adressé. Ces malades présentaient en général des tachycardies hétérotopes typiques ayant pour point de départ le centre de l'oreillette. Le pouls a atteint entre 180 et 240, en général plus de 200. Dans 4 cas, il y avait certainement lésions mitrales. Dans un dernier cas, il n'a pas pu être constaté ni lésions valvulaires, ni altérations du myocarde, mais une neurose végétative avec augmentation de volume de la thyroïde et métabolisme de base normal.

Parmi les méthodes préconisées jusqu'ici dans les cas de ce genre, il a été constaté qu'une inspiration profonde et forcée d'une à deux minutes permet souvent de faire cesser l'accès. Dans un cas, les applications froides, voire même des claques sur le ventre ont pu faire cesser de petits accès. Mais quand il s'agissait de paroxysmes prolongés, ces procédés n'ont pas eu de résultat, pas plus que la compression du bulbe carotidien ou que les modifications de la position du corps (forte inclinaison du corps en avant ou en arrière, bandage de l'abdomen, boissons froides ou très chaudes, massages ou tapotements de la colonne vertébrale, faradisation ou galvanisation, vessie de glace sur la région cardiaque, sur la tête ou sur la nuque, etc.).

Par contre, les médicaments se sont montrés plus efficaces. La quinine en injections intraveineuses lentes, à la dose de 50 centigr., n'a cependant pas eu d'effet chez les malades de B. La choline a donné des résultats passagers chez deux malades. La digitalisation intraveineuse à fortes doses, méthode qui n'est pas mentionnée dans la littérature, s'est montrée très efficace. L'injection doit être pratiquée en même temps qu'on contrôle le pouls et à condition qu'il n'ait pas été donné de digitale peu auparavant. Dans un cas concernant une femme de 44 ans, ayant eu plusieurs accès de tachycardie et en présentant actuellement une qui dure depuis 7 semaines en s'accompagnant de stase pulmonaire et hépatique avec début d'anasarque et pouls à 240, on a constaté d'abord que la compression du bulbe carotidien était sans effet et que la quinine ni la choline n'avaient réussi à modifier le pouls. Par contre, l'administration d'une préparation de digitaline (digipurat [1 cmc correspond à 10 centigr. de digitale titrée]), à la dose de 3 cmc, a fait tomber le pouls à 72 en une minute et demie pour un temps qui a duré entre 30 et 60 secondes. Ensuite, le pouls a repris son taux normal et alors l'aiguille ayant été laissée en place, on a injecté de nouveau 1 cmc 1/2 de la préparation. Le pouls est revenu à 72 pour conserver ce rythme jusqu'au soir où la tachycardie a reparu pendant une heure. A ce moment, une nouvelle injection de 2 cmc de la préparation digitalique a définitivement ramené le pouls à la normale. Les jours suivants, les phénomènes de stase se sont atténués. Au bout de 8 jours, une nouvelle crise est survenue qui a exigé encore 2 cmc 1/2 de la préparation. Plusieurs semaines après, une nouvelle crise rendit nécessaire une injection et, depuis trois mois, la malade n'a plus eu d'accès.

B. ne se dissimule pas que cette méthode peut créer un danger d'intoxication digitalique et notamment créer un bloc cardiaque. Mais en tâtant le pouls au cours de l'injection, on arrive probablement à éviter la dose mortelle. En tout cas, cette méthode ne doit être utilisée que dans les crises sévères ayant duré plusieurs semaines et avec pouls dépassant 200. La digitale agirait en excitant le vague.

P.-E. Morhardt.

H. Ulrici. ***Processus d'infiltration de la tuberculose et collapsothérapie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 12, 23 Mars 1935, p. 409). — Le facteur constitutionnel joue un rôle très important dans la tuberculose. Bien que la réceptivité pour cette maladie soit universelle, elle est cependant très variable. Chez les nourrissons, elle est extraordinairement élevée et elle reste encore considérable jusqu'à la troisième année. Mais à partir de ce moment, la résistance augmente de sorte que chez les écoliers il est rare que l'infection détermine une réaction apparente. En tout cas, la primo-infection de l'enfant a souvent pour conséquence une dissémination par la voie sanguine.

Ultérieurement, il survient une nouvelle vague dangereuse d'infection tuberculeuse mise en évidence d'abord par le fait qu'entre 15 et 25 ans il apparaît des formes de tuberculose qui présentent une tendance rapide à la dissémination et ensuite par le fait que les adolescents menacés professionnellement sont souvent victimes de tuberculose pulmonaire. Cette poussée, qui constitue une seconde phase, conduit à la tuberculose isolée d'un organe, c'est-à-dire à la phtisie proprement dite et, par là, à la tuberculose du larynx ou de l'intestin.

Tandis qu'on n'a aucun moyen de prévenir la dissémination par voie sanguine, par contre, la collapsothérapie constitue une excellente thérapeutique de la phtisie pulmonaire. On arrive ainsi à mettre l'organe au repos et à ralentir la circulation sanguine et lymphatique. Cette réduction de l'irrigation inhibe la tendance à la confluence présentée par le foyer exsudatif. On ne sait pas encore assez que cette intervention doit être pratiquée le plus tôt possible, car, si des observations récentes ont montré qu'une proportion importante de cavernes précoces guérit spontanément, il n'en est pas moins vrai que des disséminations sévères peuvent se faire par les bronches si la collapsothérapie n'est pas pratiquée. Cette méthode de traitement a donc pour effet de lutter contre la seconde phase de la phtisie et doit débuter, comme l'appendicectomie, aussitôt qu'on a constaté des bacilles (perforation) ou une caverne.

P.-E. Morhardt.

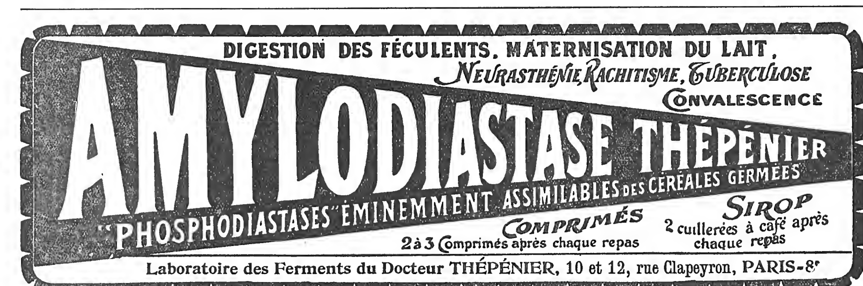
Gerhardt Katsch. ***Le diagnostic de la gastrite*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 12, 23 Mars 1935, p. 411). — On recommence à faire le diagnostic de gastrite d'abord parce que la gastroscopie a permis de déterminer certaines formes d'inflammation de la muqueuse. Cette méthode est malheureusement réservée à des médecins spécialisés. D'autre part, les rayons Rœntgen permettent de photographier le relief de la muqueuse et apportent ainsi des éléments de diagnostic importants. Telle est, par exemple, la granulation de la muqueuse qui peut parfois faire disparaître les plis; l'existence de plis élargis et irréguliers ou présentant entre eux des surfaces lisses étendues séparant de véritables bourrelets. Un autre élément de diagnostic est fourni par l'examen du sédiment cellulaire étudié tout d'abord par Loeper: par numération et différenciation des cellules existant dans le suc gastrique, on arrive, moyennant un certain entraînement, à trouver des renseignements précieux.

Le chimisme et les fonctions mécaniques de l'estomac permettent d'établir une échelle des altérations fonctionnelles. Au 1er degré, un repas d'épreuve à la caféine détermine une production normale ou augmentée d'acide; au 2e degré, cette épreuve montre une insuffisance d'acide ou de l'anacidité, mais une sécrétion abondante; au 3e degré, il y a subacidité et subsécrétion; au 4e degré, l'acide n'est produit que sous l'influence d'histamine; au 5e degré, l'histamine ne fait pas sécréter d'acide, mais augmente la sécrétion. Enfin, au dernier degré, l'histamine n'a plus aucun effet.

Dans ces formes sévères, les chlorures neutres peuvent être diminués et constituent ainsi un signe important et facile à vérifier. Pour cela, K. prend 5 cmc de suc gastrique et ajoute 2 cmc d'acide nitrique sans chlore concentré à 1 cmc d'une solution saturée d'alun ferroammoniacal. Il ajoute ensuite du nitrate d'argent tant qu'une goutte de solution décinormale de sulfocyanure d'ammonium détermine une coloration brune. Etant donné que la gastrite peut évoluer pendant des années, il est intéressant de procéder de temps à autre à des examens fonctionnels. En outre, au point de vue de la sécrétion d'acide, il y a lieu de considérer qu'on peut observer simultanément une acidité basse et une augmentation de la sécrétion, forme qui est particulièrement fréquente et symptomatique de gastrite moyennement sévère. Cette détermination du volume de la sécrétion est satisfaisante en clinique.

Dans l'ensemble, le médecin praticien pourra bien souvent faire par l'interrogatoire un diagnostic de présomption ou de vraisemblance de gastrite. La gastrite est d'ailleurs extrêmement fréquente chez les individus de plus de 40 ans qui ont fait des infections, subi l'action d'irritants alimentaires ou autres. En cas de gastrite latente, le malade se plaint d'avoir un estomac sensible, de présenter de temps à autre des brûlures d'estomac, du pyrosis, des renvois acides. Le syndrome pylorique (douleurs tardives, effet calmant des aliments) peut être provoqué par la gastrite de la région pylorique. Un autre type d'estomac faible, s'accompagnant de troubles du goût et de l'appétit auxquels peuvent s'adjoindre une décompensation entérique (diarrhée, constipation, météorisme) ou encore des troubles de la résorption comme c'est le cas dans l'achylie hyperchromique qui guérit sous l'influence du fer.

Au stade aigu ou subaigu, les gastrites, qui s'accompagnent volontiers d'infiltrations inflammatoires, peuvent déterminer des douleurs de type névralgique indépendantes de l'alimentation et persistant parfois pendant plusieurs heures. Ces douleurs peuvent être en rapport avec le travail surtout chez les cultivateurs. Mais ces douleurs peuvent



ANTIANAPHYLAXIE CURATIVE DES

maladies chroniques

ENTÉRO-ANTIGÈNES

du Prof. DANYSZ

de l'Institut Pasteur

inimitables - sans danger s'emploient à tout âge, même chez les nourrissons - conservation indéfinie - curatifs = pas de déceptions = résultats rapides, importants et sûrs dans plus de 80 0/0 des cas, etc.

tous les troubles fonctionnels de l'intestin - appendicite chronique - colibacillose - asthme - rhume des foins - peau migraines - rhumatismes - neurasthénies - insuffisances hépatiques et toutes dysharmonies endocriniennes, etc.



Ampoules de 1 c. c.

BOITES DE 10 AMPOULES



ÉCHANTILLONS ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Laboratoires DUCATTE, 31, rue des Francs-Bourgeois, PARIS

L'emploi quotidien du

SANOGYL

Dentifrice à base d'arsenic organique et de sel de fluor.

répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale

H. Villette, Phien, 5, rue Paul-Barruel, Paris-15e

EXPOSITION PASTEUR, Strasbourg 1923 : Hors Concours, Membre du Jury.

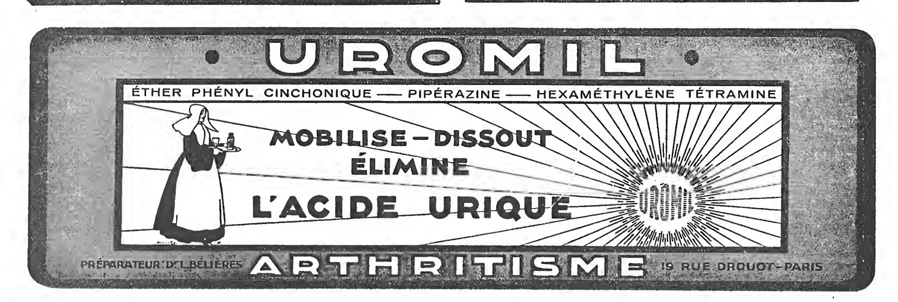
IMMUNISATION par le

FERMENT pur de RAISIN du Profr JACQUEMIN

Source de DIASTASES et de VITAMINES

Dépuratif et anti-staphylococcique. Affections gastro-intestinales. Stimulant de la nutrition et de la croissance. Régénérateur dermique et épidermique.

Littérature et Échantillons à : INSTITUT JACQUEMIN, à Malzéville-Nancy



parfois faire songer à une perforation par péritonite.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV FUR KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

B. Malamos. ***L'hémogramme rouge dans les affections du foie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 3, 6 Février 1935, p. 209-223). — Le diamètre des érythrocytes a été mesuré par une série d'auteurs dans les affections du foie (Gram, Meulengracht, Gamna, Boros, etc.). La courbe obtenue ressemble souvent à celle de Price-Jones (déplacement vers la droite). De plus, dans certains cas notamment de cirrhose atrophique, il a été observé un hémogramme post-hémorragique.

Aux méthodes habituellement utilisées (diffraction de la lumière) M. a préféré la mesure directe après avoir dessiné 100 ou 200 érythrocytes à l'aide de l'appareil de Abbé. Cette méthode pratiquée chez 15 sujets sains a donné comme diamètre moyen 7,48 μ et les variations ont été en moyenne de 2,68 μ. Le rapport du plus petit au plus grand diamètre (ovalité) a été en moyenne de 1,12. Le volume des érythrocytes mesuré par la méthode de Sahli a été de 92,9μ^3.

D'autre part, la diminution des érythrocytes a été déterminée dans 26 cas de maladie du foie et 24 fois il y avait nettement augmentation du diamètre moyen. Il en a été ainsi dans 7 cas de cirrhose hépatique dont 4 furent confirmés par l'autopsie. Dans un de ces cas, le diamètre moyen a été de 9,73 μ et les variations de l'ovalité ont été plus grandes que normalement (3,9 μ). Parfois aussi l'index colorimétrique a été augmenté, ce qui crée une analogie avec l'anémie pernicieuse au stade de la rémission. Ainsi, la courbe de Price-Jones peut être utilisée pour le diagnostic et il suffit alors, pour ne pas perdre trop de temps, de mesurer 50 ou 100 cellules. Cependant, les hémorragies provoquées par les cirrhoses peuvent naturellement entraîner une régénération sanguine importante capable de modifier l'hémogramme.

Dans 4 cas d'ictère par rétention le diamètre a varié de 8,28 à 8,35 μ avec tendance à l'ovalité. Dans 4 cas d'ictère catarrhal, les diamètres ont varié de 8,28 à 9,16. Dans un cas de maladie de Weil, il y a eu macrocytose nette. Dans 4 cas d'affection du foie accompagnée d'ictère mais dont l'étiologie n'a pu être précisée, il y a eu également macrocytose nette avec tendance à une exagération de l'anisocytose et de l'ovalité. Sur 8 cas de foie de stase avec insuffisance cardiaque, il y a eu macrocytose légère seulement trois fois. Dans ces trois cas il y avait cyanose et cette augmentation du diamètre doit être attribuée à une surcharge d'acide carbonique. Le degré de macrocytose observé dans les affections du foie n'a pas de rapport avec le taux de la bilirubine du sérum. Cependant, les variations augmentent proportionnellement au degré de l'anémie.

Sur les 26 malades, il n'y a eu que 2 cas où il n'y avait pas de macrocytose et qui ne peuvent être considérés comme comportant des lésions diffuses du parenchyme hépatique. De plus, dans 5 cas de cholécystopathie, la macrocytose n'a pas été constatée, vraisemblablement parce qu'il n'y avait pas alors altération du parenchyme. L'ovalité ne paraît pas avoir autant de signification que l'augmentation du diamètre.

Quand la richesse des érythrocytes en hémoglobine dépasse la normale et donne par conséquent un index colorimétrique élevé, on doit admettre, s'il y a macrocytose, que celle-ci est due à une régénération myélogène. Effectivement, les érythrocytes ne peuvent pas s'enrichir en hémoglobine dans le sang circulant. Mais, d'un autre côté, quand la concentration de l'hémoglobine n'est pas modifiée, des phénomènes physiques doivent intervenir. Il ne s'agit pas alors d'une véritable imbibition mais d'un aplatissement qui augmente les grands diamètres. Ce fut en particulier le cas dans la maladie de Weil où la macrocytose s'est accompagnée d'un volume remarquablement petit des érythrocytes.

P.-E. Morhardt.

Erwin Kolta et **Andreas Scholtz.** ***Utilisation de la gastrographie dans le diagnostic*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 3, 6 Février 1935, p. 224-229). — K. et S. ont cherché une méthode gastrographique permettant de faire le diagnostic entre le catarrhe gastrique chronique et les affections des voies biliaires. Ils sont arrivés ainsi à utiliser la méthode de Carlson qui consiste à inscrire les variations de pression qui surviennent à l'intérieur de l'estomac. Les recherches ont porté sur 26 malades dont 6 ne présentaient aucun trouble du côté de l'estomac ou de l'intestin et on a constaté qu'à des périodes pendant lesquelles l'estomac se contracte rythmiquement, il en succède d'autres au cours desquelles l'immobilité est complète.

Le gastrogramme de 12 malades atteints d'affection du foie (3 ictères simples, 1 cholangite aiguë, 6 cholélithiases, 2 péricholécystites) a été également examiné et il a été constaté alors qu'entre la période de contraction et la période de repos il n'y a pas de limites nettes. En somme, ces gastrogrammes se caractérisent par leur absence de régularité. Le gastrogramme de 6 sujets atteints de catarrhe gastrique chronique (inappétence, renvois amers ou acides, mauvais goût dans la bouche, nausées, douleurs sourdes dans la région gastrique mais pas de crampes douloureuses, suc gastrique avec mucus abondant et muqueuse gastrique épaisse, parfois polypepse) a été très analogue à celui des hépatopathiques.

Le fait qu'en cas d'affection des voies biliaires les aliments gras soient mal supportés a amené K et S. à rechercher les effets d'un repas d'épreuve gras sur le gastrogramme. Il a été ainsi constaté qu'un repas d'épreuve de ce genre constitue une excitation motrice non seulement pour la vésicule biliaire, comme on le sait, mais aussi pour l'estomac. Le repas a consisté à administrer du beurre émulsionné dans du lait. Chez les sujets sains ou atteints d'affection gastrique,ce repas fait disparaître les contractions pendant une demi-heure ou une heure. En cas d'affection hépatique pendant une période de contractions, celles-ci persistent, parfois même augmentent. Par contre, quand cette administration a lieu au cours d'une période de repos, les contractions commencent aussitôt à se succéder rapides et élevées. On a ainsi le moyen de distinguer entre les deux groupes d'affections. L'acidité de l'estomac n'influence pas le gastrogramme. Effectivement, sur 12 des hépatopathiques, il en était 10 qui étaient anacides ou hypoacides et tous ont donné le même résultat. De même, en cas de catarrhe gastrique, les 3 achlorhydriques ont réagi comme les deux hyperacides et le normacide.

P.-E. Morhardt.

G. Bodechtel. ***Vomissements de sang en cas de maladie nerveuse organique*** (*Deutsches Archiv für klinische Wochenschrift*, t. **177**, n° 3, 6 Février 1935, p. 268-282). — L'existence d'ulcères neurogènes, peptiques, gastriques, ou intestinaux a déjà été notée par Cushing. La question a également été étudiée par G. Hauser, Burdenco, etc. B. apporte une nouvelle série d'observations dans lesquelles il est survenu des hémorragies intestinales au cours d'une affection cérébrale.

Dans un premier cas, il s'agit d'un homme de 35 ans qui entre en se plaignant de vertiges, de nausées et qui vient d'avoir des vomissements de sang importants. Au cours des dix derniers jours, il a constaté des maux de tête qui allaient en s'accentuant et d'ailleurs, depuis longtemps, il présente des accès de plus en plus forts. Au cours de ces accès, il se frotte les yeux et son visage présente des contractions, il y a de la sialorrhée et du grincement des dents ainsi que des mouvements inquiets et parfois aussi des convulsions cloniques et de l'opisthotonos. On constate une papille de stase, de l'hémianopsie homonyme gauche pour les couleurs. On fait le diagnostic de tumeur du lobe temporal droit qui est confirmé par l'artériographie. Le malade meurt sans avoir consenti à se laisser opérer et, à l'autopsie, on confirme l'existence d'un kyste du lobe temporal qui s'étend loin dans les ganglions de la base et qui a provoqué des métastases dans les ventricules et plus spécialement dans le plancher du 4e ventricule. L'examen du tube digestif ne montre absolument rien d'anormal.

Un autre cas concerne une femme de 30 ans et est très superposable au premier. Il n'est pas douteux que dans les deux cas, les hémorragies ont été sous la dépendance de processus cérébraux. Dans le second cas d'ailleurs, l'hémorragie est survenue huit semaines après une irradiation de la région des tubercules quadrijumeaux. Mais, dans ce cas comme dans l'autre, il semble que cette complication ait été déclanchée par l'invasion de la tumeur dans les ventricules.

Dans 3 autres cas, il s'agit non de tumeurs, mais de processus intéressant la base du cerveau (méningite). Dans un de ces cas, l'hémorragie est survenue peu après l'injection de iodipine dans le canal rachidien. Il ne semble pas que cette intervention puisse être considérée comme la cause de l'hémorragie.

Dans 3 autres cas, il s'est agi d'altérations organiques sévères du cerveau ayant déterminé des érosions hémorragiques constatées au cours de l'autopsie mais n'ayant déterminé aucun symptôme clinique. B. conclut que ses observations ne doivent pas faire admettre que, dans l'ulcère peptique, le facteur neurologique soit décisif. En réalité, la gastrite joue, dans l'étiologie de cette affection, un rôle fondamental. P.-E. Morhardt.

Gertrude Schwalbe. ***Comment expliquer, par rapport à l'endocardite lente, l'évolution rapide de l'endocardite aiguë déterminée par le « Streptococcus viridans »?*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 3, 6 Février 1935, p. 283-291). — Tandis que l'endocardite lente dure des mois et parfois des années, par contre, il existe des endocardites dont le germe est également le *Streptococcus viridans*, comme le fait a pu être démontré dans le laboratoire de Schottmüller et qui cependant évoluent en quelques jours. S. donne ainsi le résumé de 4 observations dans lesquelles la durée de la maladie fut de 18 jours (jeune fille de 15 ans), de 3 semaines (homme de 25 ans), de 7 semaines (jeune fille de 15 ans), de 8 semaines (homme de 18 ans).

Ces particularités dans la durée de la maladie ne s'expliquent pas par le nombre des germes trouvés par hémoculture. Effectivement, dans la première de ces observations, le nombre des colonies a été nettement moindre que dans un cas typique qui avait duré 14 semaines alors que dans le second cas le nombre des colonies a été très élevé (3.000 colonies par centimètre cube).

En faisant intervenir le rapport des virulences, c'est-à-dire la virulence de la souche et la résistance du malade, on arrive peut-être à des notions plus précises. Effectivement, une diminution dans l'état des forces et de la nutrition semble favoriser l'éclosion de l'endocardite dite latente. C'est donc, en somme, une différence dans les phénomènes d'immunité qui doit expliquer les différences dans le tableau clinique, d'autant plus que la production d'antitoxine joue peut-être un rôle important pour neutraliser l'endotoxine du *viridans*. De même, les lésions valvulaires antérieures constituent un facteur prédisposant.

Au point de vue des symptômes cliniques, on doit noter que les métastases viscérales sont aussi fréquentes dans les cas aigus que dans les autres. Les phénomènes articulaires sont rares et presque toujours il apparaît une néphrite embolique en foyer.

En terminant, S. remarque que les endocardites à entérocoques n'ont guère pu être distinguées des endocardites à streptocoques que depuis 1924 ou 1925. Ces germes déterminent des infarctus puriformes très différents de ceux du *viridans*. De plus, les souris inoculées résistent souvent.

P.-E. Morhardt.

THE LANCET
(Londres)

D. S. Murray. *La toxoïde (toxine formolée) staphylococcique. Essai clinique* (*The Lancet*, n° 5815, 9 Février 1935, p. 303-306). — La possibilité de mesurer les quantités d'antitoxine staphylococcique circulant dans le sang a suggéré de nouveaux procédés de lutte contre la staphylococcie. On sait aujourd'hui qu'il existe une certaine quantité d'antitoxine staphylococcique dans le sang des sujets normaux. Cette quantité est variable, cependant elle n'est pas très différente de celle que l'on trouve dans le sang des malades atteints d'une staphylococcie superficielle comme la furonculose. Elle serait augmentée dans le cas d'affections osseuses à staphylocoques.

L'injection de toxoïde staphylococcique augmente la quantité d'antitoxine jusqu'à un certain point qui n'est pas dépassé même en multipliant les injections. Ces injections donnent très peu de réactions.

L'augmentation d'antitoxine dans le sang marche parallèlement avec une amélioration de l'affection comme on le voit notamment dans la furonculose. L'acné n'est pas améliorée par ce traitement autant que l'est une infection staphylococcique pure.

André Plichet.

C. Dolman. *Les usages de la toxoïde staphylococcique* (*The Lancet*, n° 5815, 9 Février 1935, p. 306-313). — La toxoïde (toxine formolée) staphylococcique d'activité contrôlée a été employée dans 306 cas d'infections localisées à staphylocoques. Chez 81 malades atteints de furonculose récidivante qui avaient subi des traitements variés, y compris la vaccination, ce traitement donna d'excellents résultats.

Chez 59 malades atteints d'ostéomyélite aiguë ou subaiguë et chez 42 acnéiques, les résultats furent encourageants, étant donné la résistance habituelle de ces infections.

Dans des cas de convalescence de staphylococcies aiguës, l'augmentation d'antitoxine provoquée par des injections de toxoïde hâta la guérison.

La chute de l'antitoxine dans le sang explique les retours des infections staphylococciques du nez, de la gorge et de la peau. On peut déterminer une quantité d'antitoxine contenue dans le sang au-dessous de laquelle l'immunité contre le staphylocoque est rompue.

Depuis deux ans, ce traitement par la toxoïde est expérimenté en grand au Canada. Les réactions sont insignifiantes.

André Plichet.

David Campbell. *Le traitement de la tétanie parathyréoprive* (*The Lancet*, n° 5816, 16 Février 1935, p. 369-372). — Pour être active la parathormone de Collip doit être faite en injections intraveineuses répétées. C'est de plus un traitement onéreux. Pour ces raisons, il est souvent impraticable. L'injection intraveineuse de 10 cmc d'une solution de chlorure de calcium à 10 p. 100 empêche les accidents au bout de quelques minutes pendant un jour à un jour et demi. Il faut simplement avoir soin de faire l'injection correctement à cause des escarres. En même temps, on peut donner par la bouche 8 à 10 gr. de chlorure ou de lactate de calcium. Dans les cas d'achlorhydrie, il faut donner également de l'HCl dans le but d'aider à l'absorption du calcium. Snapper, dans 2 cas, a donné de l'ergostérol irradié sous forme d'un produit qui a une action fixatrice du calcium si énergique que, pour éviter les accidents d'hyperavitaminose, on ne le délivre qu'aux médecins qui peuvent faire doser le calcium sanguin.

C. traita 2 malades achlorhydriques par les sels de chaux; le calcium sanguin passa de 7 milligr. à 9 milligr. et la guérison se maintint.

André Plichet.

S. H. Harris. *Sympathectomie rénale et sympathico-tonus rénal* (*The Lancet*, n° 5817, 23 Février 1935, p. 424-429). — Sous le nom de sympathico-tonus rénal, H. décrit un syndrome rénal caractérisé par une stase rénale unilatérale non provoquée par un obstacle et due vraisemblablement à une hyper-excitabilité du sympathique rénal. Dans un premier stade, la contraction du bassinet et des calices domine, comme on peut le voir, par des pyélographies. Les douleurs sont intermittentes et colicatives. Une injection d'ésérine peut les calmer ainsi que les contractions.

Dans un second stade, les calices et le bassinet se laissent dilater pour aboutir à un troisième stade, le stade de l'hydronéphrose, par paralysie de la musculature des calices et du bassinet.

Aux deux premiers stades, la guérison rapide de ce syndrome est obtenue par la sympathectomie rénale avec dénudation de l'artère rénale et de l'uretère. Au stade d'hydronéphrose surtout quand l'infection est venue compliquer ce syndrome, il faut ajouter à la sympathectomie une opération plastique portant sur le bassinet.

André Plichet.

Blake Pritchard. *Le traitement de la myasthénie par la prostigmine* (*The Lancet*, n° 5817, 23 Février 1935, p. 428-431). — P. a traité 7 malades par des injections de prostigmine et de sulfate d'atropine. Dans les 5 minutes qui ont suivi l'injection, il observa une amélioration soudaine de tous les symptômes, amélioration nettement supérieure à tout ce que l'on avait pu obtenir jusqu'ici par d'autres traitements. La réapparition de la force musculaire des mains, notamment, mesurée par le dynamomètre, se fit presque normale une demi-heure environ après l'injection. Elle diminue progressivement par la suite et huit heures après l'injection les symptômes redeviennent ce qu'ils étaient avant ce traitement.

La répétition des injections ne semble pas épuiser l'action de la prostigmine. Une injection de contrôle avec du sérum physiologique, alors que la malade espérait en l'action bienfaisante de cette piqûre qu'elle croyait être de prostigmine, ne donna aucune amélioration des symptômes. Chez 3 malades dont on put enregistrer la courbe des contractions musculaires sous l'action du courant électrique, l'injection de prostigmine a complètement changé la réaction myasthénique en une réaction normale.

Les doses employées sont de 3 à 5 cmc de prostigmine et de 1/2 milligr. de sulfate d'atropine. La prostigmine agit probablement en retardant la destruction de l'acétylcholine au niveau des terminaisons nerveuses motrices par les éthers choliques normalement contenus dans le sang. Dale et Feldberg ont, en effet, émis l'hypothèse que l'acétylcholine était nécessaire au passage correct des excitations nerveuses aux fibres musculaires.

André Plichet.

N. Begg. *La diphtérie toxique. La signification des courbes de tolérance au sucre et la valeur de l'insulinothérapie* (*The Lancet*, n° 5818, 2 Mars 1935, p. 480-485). — Malgré la sérothérapie intraveineuse et intramusculaire, le pronostic de la diphtérie toxique est grave. Pour diminuer la mortalité, on a essayé d'envisager le problème sous un angle différent et des méthodes nouvelles ont été adjointes à la sérothérapie. Schwentker et Noël ont montré, qu'au cours d'une diphtérie grave, on observait une hyperglycémie préléthale et, si la mort ne survient pas, on voit la glycémie se relever après le troisième jour. Pendant la toxémie, il y a une réduction et dans la plupart des cas une absence complète de gycogène hépatique et musculaire ainsi qu'une non-assimilation de la dextrose par le sang. L'insulinothérapie aide l'absorption de la dextrose. Comme application directe de leurs recherches, Schwantker et Noël traitèrent 14 cas de diphtérie toxique par des injections intraveineuses de dextrose et par l'insuline; ils eurent 13 succès. Benn, Hughes et Alstead employèrent aussi cette méthode de traitement avec un égal succès.

Pour estimer la tolérance au sucre, B. injecte dans les veines 20 gr. de dextrose dans une solution saline à 50 pour 100 et contrôle toutes les demi-heures la glycémie par la micro-méthode de Follin et Wu. Normalement, le sucre sanguin, après une telle injection, s'élève à 2 gr. 50 par litre; il tombe à 1 gr. environ un peu moins d'une heure après.

B. a remarqué que les malades qui devaient mourir dans les trois semaines de complications cardiaques avaient une très mauvaise tolérance au sucre. Il a appliqué le traitement suivant: d'abord une injection intramusculaire de 80.000 unités de sérum artificiel, une dose intraveineuse de 100.000 unités, non diluée, poussée lentement et une injection intraveineuse de 20 gr. de dextrose. En même temps, on donne 100 gr. de dextrose par la bouche. Dans le courant de la matinée et de l'après-midi, 10 à 35 unités d'insuline, soit au plus 70 unités par jour.

62 malades sur 124 diphtériques toxiques ont été soumis à ce traitement, il semble qu'il ait eu une influence sur le cours de la maladie et sur les complications.

André Plichet.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

A. Weech, E. Goettsch et E. B. Reeves. *Œdème d'origine alimentaire chez le chien. I. Développement de l'hypoprotéinémie avec un régime carencé en protéines* (*The Journal of experimental Medicine*, t. **61**, n° 3, Mars 1935, p. 299-318). — W., G. et R. ont étudié le comportement des protéines du sérum et des tissus chez des chiens soumis à un régime carencé en protéines qu'ils précisent et avec lequel ils ont obtenu une baisse progressive de la concentration des protéines du sérum. On constate une chute initiale rapide, suivie d'une baisse plus lente de l'albumine et des protéines totales, la globuline restant à un taux sensiblement constant. L'évolution de la globuline fut sujette à des fluctuations marquées dans les deux sens chez chaque animal pris isolément.

Chez 5 chiens le bilan azoté fut suivi pendant 42 périodes de métabolisme de 7 jours chacune. La perte quotidienne d'azote fut en moyenne de 1 gr. 15. Des calculs approchés montrent que 3 à 4 pour 100 seulement de l'azote éliminé est représenté par la diminution des protéines circulantes, le reste l'étant par la perte en azote subie par les tissus.

Fait intéressant, chez un chien qui s'imposa de lui-même une période de jeûne, l'albumine du sérum se régénéra pour atteindre un taux normal, vraisemblablement aux dépens de l'albumine des tissus catabolisée.

W., G. et R. décrivent l'évolution des protéines du sérum pendant la guérison qui suit la cessation du régime hypoazoté et le retour à un régime normal.

Ils discutent le rapport existant entre les protéines du plasma et celles des tissus. En dépit des obscurités nombreuses qui persistent, les données acquises permettent de penser que la théorie de la perte et de la privation n'explique pas à elle seule l'hypoprotéinémie, et d'espérer que l'on pourra trouver le moyen de stimuler un réajustement endogène améliorant temporairement l'hypoprotéinémie, moyen qui dépendra de la capacité potentielle des tissus à fournir suffisamment de protéines pour les besoins du plasma.

P.-L. Marie.

J. Furth. ***Transmission de la leucémie myéloïde à la souris. Ses rapports avec le myélome*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **61**, n° 3, Mars 1935, p. 423-445). — Ayant découvert un cas spontané de leucémie myéloïde chez une souris de son élevage, F. a pu transmettre la maladie à des souris saines. La transmission se fait aisément en inoculant des tissus qui renferment des myélocytes vivants; s'il n'en existe pas dans les tissus inoculés, l'expérience échoue. L'inoculation se montra presque toujours positive chez les souris soumises aux rayons X avant l'inoculation; elle réussit souvent chez les souris apparentées à l'animal qui avait été atteint de leucémie spontanée et occasionellement chez les souris non apparentées à celui-ci.

La maladie générale diffuse, qui reproduit le tableau de la leucémie myéloïde, ne peut être réalisée qu'avec l'inoculation de doses relativement fortes et faite par voie intraveineuse, tandis qu'avec l'inoculation sous-cutanée ou intrapéritonéale F. n'a obtenu que des tumeurs isolées, constituées par des myélocytes basophiles semblables aux cellules sanguines malignes existant chez le premier animal atteint. L'inoculation intraveineuse de petites doses à des souris sensibles ou l'inoculation intraveineuse de doses plus fortes à des souris assez résistantes donna lieu à la production de tumeurs composées de myélocytes rappelant le myélome multiple.

Ces expériences montrent que la leucémie myéloïde transmissible des souris est un néoplasme et que les granulocytes malins non mûrs qui produisent la maladie générale peuvent aussi déterminer des tumeurs plus localisées analogues au myélome multiple.

Parmi les facteurs qui déterminent le type de la myélose transmise, il faut signaler: 1° la résistance de l'animal inoculé, 2° la porte d'entrée, 3° le caractère de la cellule maligne, et probablement 4° la dose inoculée.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY (Chicago)

Keim. ***Erythème du 9e jour*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **31**, Mars 1935, n° 3, p. 291-315). — A propos de 10 cas d'érythème du 9e jour observés après des injections de divers arsénobenzènes. K. étudie ce symptôme, suffisamment caractéristique pour être distingué des autres réactions bénignes dues aux arsénobenzènes. Comme Milian, il sépare nettement cet érythème de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse grave, avec dermatite crustacée et exfoliatrice.

Mais il n'admet pas l'hypothèse de Milian, qui considère cet érythème comme identique à une rougeole ou une scarlatine. K. énumère au contraire les signes cliniques qui différencient cet érythème de la rougeole ou de la scarlatine; alors que ces 2 maladies sont surtout des maladies d'enfant, l'érythème du 9e jour s'observe presque exclusivement chez des adultes, traités par des arsénobenzènes.

K. suggère que peut-être la molécule phénol des arsénobenzènes peut expliquer cet érythème, alors que le radical arsenic serait responsable des autres accidents cutanés.

Il ne semble pas que l'hyposulfite de soude ou autres médications antitoxiques aient une influence sur cet érythème; celui-ci évolua de la même façon chez ces 10 malades, dont 6 avaient eu de l'hyposulfite.

Comme Milian, K. estime qu'on peut continuer l'emploi des arsénobenzènes chez les malades qui ont eu un érythème du 9e jour non compliqué.

R. Burnier.

Van Studdiford. ***Effet des hormones des glandes sexuelles sur l'acné*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **31**, n° 3, Mars 1935, p. 333-342). — S. a traité 284 femmes atteintes d'acné par un extrait desséché d'ovaire total à la dose de 65 centigr. chaque jour; le traitement était commencé 5 jours après la fin des règles et continué jusqu'aux prochaines règles.

130 malades ne furent pas améliorées au bout de 8 semaines. 6 de ces malades avaient une sinusite, 10 une infection dentaire latente, 2 avaient dans les selles des œufs de parasites intestinaux; 2 montraient une tuberculino-réaction positive; 2 prenaient une médication iodurée.

76 malades virent une amélioration de leur acné au bout de 6 semaines.

Ayant constaté que le mariage agit souvent favorablement sur l'acné de la femme, S. prescrivit à 27 femmes de l'extrait orchitique (97 centigr. par jour). Chez 18 femmes, qui avaient pris déjà pendant longtemps de l'extrait ovarien, 8 furent améliorées, 10 non modifiées. 9 femmes n'avaient reçu que de l'extrait orchitique: 7 furent améliorées, 2 non modifiées.

15 femmes furent traitées par des préparations à base de folliculine, de lobe antérieur de l'hypophyse; 11 furent améliorées.

Il est toujours nécessaire, avant de traiter des acnéiques par des préparations glandulaires, de rechercher les foyers d'infection des dents, des amygdales et du nez, l'absorption possible d'iodure ou de bromure, d'examiner les selles au point de vue présence d'œufs ou de kystes de parasites intestinaux, de faire une intradermo-réaction à la tuberculine.

R. Burnier.

Saenz (Cuba). ***Forme insolite de réaction cutanée allergique dans la lymphogranulomatose inguinale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **31**, n° 3, Mars 1935, p. 348-364). — S. observa un homme de 39 ans, atteint de poradénite inguinale typique; la recherche du Ducrey, les diverses séro-réactions, l'intradermo-réaction de Ito-Reenstierna furent négatives.

Une première réaction de Frei, le 20 Mai, fut légèrement positive; une deuxième, faite le 23 Mai, fut nettement positive, avec papule infiltrée entourée d'un halo, centre pustuleux et plus tard petit abcès intracutané.

Le 11 Juin, 3 semaines après la deuxième réaction de Frei, apparut une éruption nodulaire, d'abord sur le tronc, puis sur la face, les surfaces d'extension des membres; une quarantaine d'éléments existaient sur le dos; 8 ou 9 étaient groupés en bouquet sur l'épaule droite; environ 80 étaient disséminés sur tout le corps.

Il s'agissait tantôt de papules, tantôt de nodules inflammatoires; sur quelques éléments, apparaissaient en 24 heures des vésico-pustules, laissant après elles une petite nécrose centrale. Sur la muqueuse buccale, on constatait quelques érosions superficielles; il existait une conjonctivite phlycténulaire.

On était frappé de la ressemblance des lésions cutanées avec les papules infiltrées résultant de la réaction de Frei.

Ces lésions disparurent lentement en 3 semaines. Elles s'accompagnaient d'un léger malaise général, fièvre minime, douleurs articulaires et musculaires. Les ganglions inguinaux étaient plus tuméfiés et douloureux; puis tout redevint normal et les fistules se cicatrisèrent.

Ce cas est le premier cas de manifestations cutanées observé par S. au cours de 28 cas de poradénite.

19 cas d'érythème noueux ont été publiés dans la littérature chez des malades atteints de poradénite (dont 4 femmes); dans 17 cas, les lésions cutanées apparurent après une intradermo-réaction de Frei. S. estime que, dans ces cas, l'antigène stimule l'allergie cutanée et détermine l'apparition des lésions. Il en est de même de la radiothérapie des ganglions inguinaux, qui augmente l'allergie.

Dans les cas publiés, les lésions cutanées apparaissent de 6 à 10 semaines après l'adénopathie inguinale, parfois seulement 2 semaines (Chevallier); les lésions affectent le type de l'érythème polymorphe ou noueux; les lésions sont discrètes ou au contraire nombreuses, comme dans le cas de S.

Au point de vue thérapeutique, on a obtenu de bons résultats avec les injections intramusculaires ou intraveineuses d'antigène lymphogranulomateux ou de sérum de malades récemment guéris de poradénite.

R. Burnier.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

A. A. Werner. ***Expériences en vue de produire la lactation*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 2, Mars 1935, p. 144-150). — On estime actuellement que le développement de la glande mammaire est sous la dépendance d'une stimulation due à l'hormone ovarienne déclenchant le rut ou œstrogène, laquelle détermine l'état pubéral, et que l'hormone œstrogène et l'hormone lutéinique du corps jaune sont à la fois nécessaires pour préparer la glande à l'action de l'hormone antéhypophysaire qui déclenche la lactation. Toutefois Nelson conclut de ses expériences que les hormones ovariennes interviennent pour produire le développement de la glande mammaire pendant la gestation, mais qu'elles inhibent la lactation pendant cette période. Le taux élevé de l'hormone ovarienne pendant la gestation semble inhiber la sécrétion de l'hormone antéhypophysaire qui déclenche la lactation et agir aussi directement sur la glande mammaire. Avec la diminution du taux de l'hormone ovarienne qui survient à la parturition, l'influence inhibitrice cesserait, l'hormone antéhypophysaire serait sécrétée et la lactation s'établirait. D'autre part, Riddle a isolé récemment de l'antéhypophyse une hormone, la « prolactine », qui détermine une hypertrophie spécifique de la glande du jabot du pigeon et qui serait capable de déclencher la lactation chez la femme.

W. a essayé de produire la lactation chez 8 jeunes femmes ovariotomisées, mais ayant un utérus intact. A 6 il a injecté des hormones œstrogènes (amniotine, thééline) pour développer les seins; 2 d'entre elles reçurent en outre de la follutéine et 2 autres de la corporine (hormones du corps jaune). Puis W. a commencé les injections de prolactine, celle-ci déterminant souvent des réactions anaphylactiques violentes.

Chez toutes les femmes qui reçurent des hormones œstrogènes on nota une stimulation et une augmentation du volume des seins. La combinaison de l'amniotine et de la follutéine produisit le même résultat que l'amniotine seule, sauf que le développement des seins fut un peu plus marqué. La corporine détermina une augmentation de



toute une équipe au secours des

GLANDES DÉFICIENTES

Tous les troubles endocriniens
de l'Enfant,
de l'Adulte,
du Vieillard.

4 à 10 CAPSULES PAR JOUR

LABORATOIRES COUTURIEUX • 18 AVENUE HOCHE • PARIS

MÉDICATION ANTIHÉMORRAGIQUE

POLYCALCION

ANTIHÉMORRAGIQUE
DÉCHLORURANT
ANTI INFECTIEUX

CHLORURE DE CALCIUM
PHOSPHATE ACIDE DE CALCIUM
GLUCONATE DE CALCIUM
Agréablement aromatisé (en gouttes)

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, Rue Chaptal, PARIS (IX[e])

NEURO SÉDATIF
RECALCIFIANT
DÉSENSIBILISANT

TRAITEMENT DE LA **TUBERCULOSE** PULMONAIRE
DES TUBERCULOSES GANGLIONNAIRES ET CUTANÉES

MOLÈNE

Injections **intra-musculaires et intra-veineuses**

LIPAUROL

Injections **intra-musculaires**

LABORATOIRES LECOQ & FERRAND, 14, rue Gravel, LEVALLOIS, près PARIS

Dépôt : PHARMACIE LAFAY, 54, Chaussée-d'Antin, PARIS



volume plus grande que la thééline, les seins devinrent plus fermes et des nodosités apparurent dans la glande qui devint très sensible.

La prolactine injectée ensuite produisit une hypertrophie marquée des seins avec sensation de tension dans les glandes faisant penser à une activité sécrétoire accrue, mais aucune des femmes n'eut de lait. La prolactine, injectée sans préparation par les hormones ovariennes, eut un effet stimulant analogue.

P.-L. Marie.

E. C. Hamblen. ***Résultats donnés par l'administration d'un extrait d'urine de gestation avant l'opération sur l'appareil génital*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 2, Mars 1935, p. 169-180). — H. a étudié les ovaires et la muqueuse utérine prélevés à l'opération chez 9 femmes ayant reçu auparavant des injections d'extrait d'urine de gestation renfermant une hormone semblable à l'hormone de lutéinisation de l'antéhypophyse (antuitrine S). H. a choisi des patientes indemnes de grosses lésions inflammatoires et de tumeurs bénignes ou malignes de l'appareil génital. Toutes ces patientes présentaient de l'hyperplasie de la muqueuse utérine. La dose injectée varia de 100 à 400 unités-rat et fut répétée de 1 à 4 fois par jour durant 4 à 9 jours. Une biopsie de muqueuse utérine avait été faite avant les injections.

A la suite des injections, la biopsie de l'ovaire montra que les follicules primordiaux et les follicules récents ne sont pas influencés par l'antuitrine S et que celle-ci agit essentiellement sur les follicules mûrs ou mûrissants, en augmentant les processus dégénératifs communément observés, et probablement en produisant la dégénérescence kystique.

La réponse aux injections diffère chez les femmes les plus jeunes, non pubères, de celle obtenue chez les femmes plus âgées. Chez celles-ci l'antuitrine provoqua souvent l'apparition de corps jaunes récents que l'on ne constata pas chez les sujets impubères.

La constatation d'hémorragies autour des follicules ou à leur intérieur est dénuée de valeur.

On ne nota de modifications de l'endomètre que dans un cas, mais le fait n'a rien de surprenant, vu le peu d'intervalle entre la fin des injections et le prélèvement.

P.-L. Marie.

LA MEDICINA IBERA

(Madrid)

M. Sanchez et **J. de Pablo Gonzalez.** ***L'intervention de la muqueuse gastrique dans le métabolisme du chlore*** (*La Medicina Ibera*, t. **18**, n° 890, 1er Décembre 1934, p. 849-855). — La pepsine réclame, pour exercer son action digestive, un milieu acide, de pH = 4,10. Pendant la digestion gastrique, l'estomac soustrait au plasma une partie de ses acides. Les glandes puisent les ions Cl dans le sang, pour les sécréter dans la cavité gastrique sous forme d'HCl.

S. et P. G. injectent 20 cmc de solution à 20 pour 100 de chlorure de sodium par voie intra-veineuse. Chez le sujet normal, les trois courbes de l'acide chlorhydrique libre, de l'acide chlorhydrique total et du chlore gastrique s'élèvent rapidement après l'injection.

Dans les gastrites atrophiques simples, les courbes restent horizontales. Dans les gastropathies par hyper-sécrétion (ulcus, gastrites), les courbes s'élèvent, mais de manière inconstante.

Il faut faire la part de l'élément lésionnel (incapacité des glandes de sécréter l'acide chlorhydrique) et de l'élément fonctionnel (insuffisance du chlore ou de l'acidité humoraux, en rapport avec des perturbations respiratoires ou rénales). L'épreuve de S. et P. G. est une épreuve fonctionnelle.

G. d'Heucqueville.

J. A. Collazo, J. Puyal et **I. Torrès.** ***Diabète et lactacidémie : action de l'insuline*** (*La Medicina Ibera*, t. **18**, n° 893, 22 Décembre 1934, p. 755-758). — Chez les diabétiques, la lactacidémie s'élève, sous l'influence de l'administration de 50 gr. de glucose, moins que chez les sujets normaux. L'injection d'insuline rétablit la réaction normale de la lactacidémie après administration de glucose.

In vitro, l'insuline n'accélère pas la fermentation lactique; mais elle accélère la production d'acide lactique dans les cellules animales en suspension dans le liquide.

Chez 11 diabétiques, sous l'influence du traitement insulinique, la courbe de la lactacidémie présente, après ingestion de glucose, une élévation persistante, rompant le parallélisme avec la courbe de la glycémie qu retombe à la normale. L'hyperlactacidémie tardive résulterait d'une décharge adrénalinique secondaire.

G. d'Heucqueville.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

(Buenos-Aires)

J. A. Caeiro, J. Malbran et **J. Balza.** ***Résultats obtenus dans le traitement chirurgical de la rétinite pigmentaire par extirpation du ganglion étoilé*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **21**, n° 48, 28 Novembre 1934, p. 2245-2256). — Bien que la pathogénie de la rétinite pigmentaire n'ait pu être encore élucidée en entier, il apparaît acquis que les modifications vasculaires y jouent un rôle prépondérant. Aussi a-t-on tenté de les atteindre par sympathicectomie.

C., M. et B. ont obtenu les résultats les plus favorables par la résection du ganglion étoilé, opération la plus large, sectionnant le nerf vertébral.

Les suites opératoires se réduisent à des douleurs thoraciques transitoires. Les auteurs n'ont jamais observé de troubles cardiaques ou trophiques.

Aussitôt après l'intervention, apparaît un syndrome de Claude Bernard-Horner, avec congestion conjonctivale. L'acuité et le champ visuels sont accrus dans la majorité des cas. L'amélioration résulte d'une augmentation de la nutrition rétinienne.

12 observations.

G. d'Heucqueville.

J. Schicht et **O. Garre.** ***Hypoglycémie par effort chez un diabétique tuberculeux*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **21**, n° 48, 28 Novembre 1934, p. 2280-2282). — Observation d'une jeune fille de 18 ans, présentant une lésion pulmonaire évolutive caractérisée par des hémoptysies et une expectoration bacillifère. Glycosurie : 15 gr.; glycémie : 1 gr. 84.

A l'occasion d'un effort prolongé (déménagement), cette malade tombe brusquement dans un état de collapsus alarmant, lequel cède à l'administration d'eau sucrée. La glycémie s'était abaissée à 0 gr. 85.

G. d'Heucqueville.

J. J. Beretervide et **C. Rechniewski.** ***Le mécanisme de la diurèse mercurielle*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **21**, n° 51, 19 Décembre 1934, p. 2391-2406). — Chez 10 sujets, B. et R. ont étudié, sous l'influence d'agents mercuriels (novasurol), la diurèse, l'hydrémie, le taux dans le sang de l'albumine, de la sérine et de la globuline, le rapport sérine/globuline, la tension osmotique totale.

Chez les hydropiques, l'on observe une dilution considérable de la masse sanguine, réalisée par ces diurétiques aux dépens des épanchements séreux : le taux de l'albumine totale et le taux des globulines s'abaissent.

Dans les néphrites avec œdème, l'albumine diminue, puis l'hydrémie augmente. En l'absence d'épanchements aqueux, cette hyperhydrémie secondaire ne se produit pas.

L'agent mercuriel, transformant la globuline en sérine, modifie la tension osmotique sanguine, provoquant un appel d'eau : l'on a d'ailleurs rattaché les œdèmes à une augmentation de la pression veineuse et de la tension osmotique.

Dans la diurèse mercurielle, les chlorures en excès émigrent, comme l'eau des épanchements, dans le sang puis l'urine.

G. d'Heucqueville.

A. Cetrangolo et **H. Passalacqua.** ***Quelques conséquences de la phrénicectomie*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **21**, n° 52, 26 Décembre 1934, p. 2462-2468). — La phrénicectomie retentit parfois sur les organes para-diaphragmatiques, estomac et cœur.

C. et P. rapportent l'observation d'un malade de 16 ans qui, après une phrénicectomie gauche, présente des troubles fonctionnels marqués de l'estomac. La radiographie montre une image de diverticule gastrique, communiquant avec la partie toute supérieure de l'organe. Traitement par suppression du repas du soir, anti-nervins, calcium.

Chez un autre malade, la phrénicectomie droite détermine une aérogastrie considérable, avec élévation du pylore; chez d'autres, des crises de toux coqueluchoïde, des paralysies récurrentielles par tiraillement du nerf dans les déplacements du médiastin.

G. d'Heucqueville.

Egidio S. Mazzei. ***Le pneumothorax spontané bénin*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 6, 6 Février 1935, p. 261-273). — Etude monographique du pneumothorax spontané bénin. Histoire de la nosographie et de l'étiologie de ce syndrome.

Il survient chez des sujets jeunes, de 20 à 30 ans, des conscrits en particulier. A la suite d'un effort, éclate une douleur avec angoisse et dyspnée. Syndrome pneumothoracique d'auscultation. Evolution apyrétique. L'épanchement gazeux se résorbe en quatre semaines, ne laisse pas de séquelles, mais parfois récidive.

C'est la rupture dans la plèvre d'une bulle gazeuse sous-pleurale qui provoque le pneumothorax.

G. d'Heucqueville.

A FOLHA MEDICA

(Bahia)

P. Garofalo. ***Un cas de fistule broncho-cutanée*** (*A Folha Medica*, t. **15**, n° 25, 5 Septembre 1934, p. 291-293). — Observation d'une enfant de 6 ans, porteuse d'une fistule de l'hémithorax gauche, apparue à la suite de ponctions d'un épanchement et demeurée, après pleurotomie, d'orifice large comme une pièce de 50 centimes.

Le liquide renferme des streptocoques et des pneumocoques, mais pas de bacilles acido-résistants. L'examen radiologique, après injection de lipiodol, montre un large trajet reliant les bronches à l'orifice fistuleux.

Curettage du trajet et résection des tissus avoisinants suspects. Rééducation respiratoire. Amélioration considérable, malgré une symphyse pleuro-pulmonaire secondaire et la persistance de signes cavitaires.

G. d'Heucqueville.

O HOSPITAL

(Rio de Janeiro)

Alfredo Balena. ***Giardiose biliaire*** (*O Hospital*, t. **6**, n° 12, Décembre 1934, p. 1109-1128). — Observation d'un homme de 20 ans, souffrant de gastralgies à type de faim douloureuse, de pyrosis,

d'éructations acides, capables d'en imposer pour un ulcère duodénal.

L'examen met en évidence un point cystique et un empâtement de la vésicule biliaire. Discutant les diagnostics à envisager, B. pratique une cholécystographie et un tubage duodénal. On trouve dans la bile de nombreuses giardies lamblies. Le spasme duodénal était déclanché par réflexe, en réponse aux excitations parasitaires.

Traitement arsenical.

G. d'Heucqueville.

GRUZLICA
(Varsovie)

C. Dabrowski et M[lle] **M. Werkenthin.** ***Rapport entre l'image radiologique et le tableau clinique dans la tuberculose pulmonaire*** (*Gruzlica*, t. **9**, n° 5-6, 1934, p. 585-604). — D. et M[lle] W. comparent dans 46 cas de tuberculose pulmonaire dans ses formes les plus variées les renseignements offerts par les investigations radiologiques et l'étude clinique de chaque cas. Sur cet ensemble de malades, dans 6 cas seulement, l'examen physique ne concordait pas d'une façon précise avec l'étude radiologique. S'inspirant de la juxtaposition de ces faits, il faut conclure que la radiologie, grâce à sa valeur indiscutable, doit faire partie intégrante de tout examen clinique, mais ne doit pas être considérée comme une méthode médicale individualisée étant donné que, isolément, elle est impuissante à statuer sur l'étiologie du processus morbide. Seul l'ensemble de tous les moyens d'examen offre des garanties pour porter un diagnostic ayant des bases scientifiques et assurer l'avantage d'une thérapeutique efficace.

Fribourg-Blanc.

P. Plebanczyk. ***De la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Gruzlica*, t. **9**, n° 5-6, 1934, p. 605-618). — Sur un matériel clinique de 27 malades chez lesquels a été pratiquée la phrénicectomie, P. formule les conclusions suivantes:

La phrénicectomie peut guérir la tuberculose cavitaire avec tendance à la sclérose lorsque les parois des cavernes offrent encore une certaine élasticité et si le parenchyme pulmonaire n'est pas trop modifié. La guérison est possible, même lorsque les cavernes sont situées aux sommets. Les résultats dépendent du choix des cas favorables à l'intervention et du traitement général pré- et post-opératoire.

La phrénicectomie est une intervention de grande valeur curative, mais ses indications sont plus restreintes que celles du pneumothorax et elle ne convient pas à tous les cas où le pneumothorax ne peut pas être tenté. Elle est particulièrement indiquée dans les cas où les cavernes sont localisées dans les segments pulmonaires bas situés. L'intervention est bénigne et permet souvent d'éviter les interventions graves telles que la thoracoplastie et le plombage.

Fribourg-Blanc.

A. Festensztadt. ***Un cas de guérison de granulie pulmonaire dans la première enfance*** (*Gruzlica*, t. **9**, n° 5-6, 1934, p. 636-638). — F. rapporte l'observation d'un cas de granulie pulmonaire illustrée d'images radiologiques chez un nourrisson âgé de 4 mois 1/2 et provenant d'un milieu tuberculeux. Malgré la gravité du pronostic le processus granulique s'est terminé par la cicatrisation au bout de 2 ans d'évolution, bien que les conditions matérielles de l'enfant n'aient permis de tenter aucun traitement climatique et se bornaient aux préparations de calcium et à la vitamine D.

Fribourg-Blanc.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

J. Wahlberg (Helsingfors). ***Asthénie grave d'origine hypophysaire*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **84**, n° 6, 6 Mars 1935, p. 550-562). — W. a observé chez 3 adolescentes un syndrome rappelant en petit la cachexie hypophysaire de Simmonds, et dont les symptômes principaux étaient, outre la constitution asthénique, avec amaigrissement très marqué, une anorexie profonde, de la constipation, de l'aménorrhée, de l'hypothermie, de la bradycardie, de l'hypotension, de l'hypoglycémie et de la diminution du métabolisme basal. Ce tableau concorde avec la description donnée récemment par von Bergmann dans un travail sur la « maigreur hypophysaire » basé sur 15 cas. Toutefois, W. signale un nouveau symptôme, la sclérose des veines, facile à percevoir au pli du coude, et capable de disparaître avec le traitement.

En ce qui concerne la pathogénie, W. adopte la conception de von Bergmann: il y aurait à la base une insuffisance du lobe antérieur de l'hypophyse, et secondairement des signes d'hypofonctionnement des glandes endocrines régies par la fonction de l'adéno-hypophyse. A l'inverse de ce qui a lieu dans la cachexie hypophysaire de Simmonds, qui est liée à des lésions organiques de l'hypophyse, ce syndrome serait d'origine fonctionnelle et capable de rétrocéder.

Ces trois cas furent traités avec succès par les préparations thyroïdiennes. Pour expliquer ces heureux résultats, W. invoque l'insuffisance de la fonction thyréotrope de l'anté-hypophyse qui semble être à la base de l'affection. Les bons résultats obtenus par von Bergmann avec l'hormone folliculaire et par Kalk avec l'extrait cortico-surrénal peuvent s'expliquer de même par des modifications de la fonction gonadotrope et de la fonction surrénalotrope de l'anté-hypophyse sous l'influence de ces médications.

Pour bien marquer la différence entre la cachexie hypophysaire de Simmonds et le syndrome qu'il décrit et souligner en même temps l'origine hypophysaire primitive de ce dernier, mais aussi son caractère pluriglandulaire accusé. W. propose la dénomination d'asthénie grave hypophyséogène.

P.-L. Marie.

J. Ipsen. ***La signification des températures cutanées pour la compréhension de l'état fébrile*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **84**, n° 6, 6 Mars 1935, p. 563-591). — I. a recherché si, en mesurant la température de la peau, on peut arriver à savoir s'il y a au cours de la fièvre une rétention de chaleur ou si une augmentation du métabolisme est à l'origine de la fièvre.

La déperdition de chaleur a lieu en majeure partie (92 pour 100) par la peau, grâce à l'évaporation qui se fait à son niveau et grâce au rayonnement. I. montre comment ces deux facteurs dépendent de la température cutanée, si bien que l'on trouve dans cette dernière un moyen de mesurer la déperdition de chaleur.

I. a étudié l'élévation de température lors de la fièvre provoquée par l'injection de sulfosine et lors de l'accès paludéen. La température cutanée a été prise en différents points du corps, d'abord avant son ascension, puis pendant l'accès lui-même, et comparée à la température rectale.

I. a pu constater ainsi que la température cutanée en ces divers points monte parallèlement à la température interne; dans quelques rares cas seulement, il se produisit un abaissement au niveau des pieds, fait qui, en raison de sa limitation, ne peut pas modifier le résultat d'ensemble. Des recherches faites avec le maximum d'exactitude (chambre à température constante, mesure thermo-électrique de la température, etc.) donnèrent les mêmes résultats.

De ces recherches, il ressort que, lors de la fièvre provoquée par la sulfosine et lors de l'accès palustre, il ne se produit pas de rétention de chaleur. L'élévation de la température interne doit donc avoir pour origine une augmentation de la production de chaleur, une exagération du métabolisme.

Tandis que la quantité de chaleur accrue par l'exagération du métabolisme est régularisée chez les basedowiens grâce à des températures cutanées relativement élevées, si bien que la température interne reste normale, il n'en est pas de même dans les états fébriles, en tout cas dans ceux qui furent l'objet des recherches de I. Lors de la fièvre, l'organisme ne régularise pas, ou ne régularise que dans une faible mesure, au moyen des vaisseaux de la peau.

En somme, ce qui caractériserait l'état fébrile, c'est qu'il s'agirait d'un état de métabolisme exagéré, au cours duquel la déperdition de chaleur n'est pas régularisée, contrairement à ce qui a lieu dans les autres élévations du métabolisme, basedowisme, grossesse, travail physique, etc.

P.-L. Marie.

I. D. Klimenko (Moscou). ***Exploration sous le contrôle de la radioscopie du réflexe de fermeture du pylore produit par l'introduction d'huile dans le duodénum*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **84**, n° 6, 6 Mars 1935, p. 591-602). — Pavlov a montré que, si l'on introduit 100 cmc d'huile dans le duodénum, on provoque la fermeture réflexe du pylore. Si l'on fait prendre ensuite un repas, on constate que le contenu gastrique ne passe pas dans l'intestin tant que l'huile n'est pas complètement digérée. K. a utilisé cette méthode en clinique dans l'intention d'explorer l'état de la sécrétion externe du foie et du pancréas. Il emploie le contrôle radioscopique qui permet de constater facilement la présence du réflexe de fermeture et de déterminer sa durée; celle-ci mesurerait l'état fonctionnel du foie et du pancréas.

L'image gastrique est surtout caractéristique dans les cas d'achylie. On sait que dans ce cas l'estomac se vide très précocement dans l'intestin; or, quand on introduit préalablement de l'huile dans le duodénum, on voit que le pylore reste fermé pendant un temps prolongé et que les manœuvres de palpation et de pression n'arrivent pas à vaincre la résistance du pylore, ce qui indique un abaissement considérable de la fonction du pancréas.

L'exploration radioscopique du réflexe de fermeture démontre la présence d'un sphincter duodénal, situé immédiatement au-dessous du bulbe duodénal. Par suite de l'existence de ce sphincter, après l'introduction d'huile dans le duodénum, la masse opaque occupe le bulbe pendant longtemps et ne progresse pas malgré une palpation énergique, si bien que l'on peut étudier la morphologie du bulbe pendant un temps considérable.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

F. Rathery. ***Les hémorragies méningées spontanées de l'adolescence*** (*Paris Médical*, t. **25**, n° 21, 25 Mai 1935, p. 477-486). — Chez une jeune femme de 24 ans, survint un état subcomateux et vertigineux avec torpeur, somnolence invincible, sans diplopie, avec signes cliniques méningés et fièvre. Le liquide céphalo-rachidien était hémorragique, avec 320 éléments au mmc., dont 45 pour 100 de lymphocytes et 55 pour 100 de polynucléaires, 0 gr. 80 d'albumine et 1 gr. 11 de sucre. L'absence de troubles oculaires, de troubles de la crase sanguine et d'hypertension fit poser le diagnostic d'hémorragies méningées avec méningite lymphocytaire curable.

Une jeune femme de 18 ans présenta 3 poussées successives et curables d'hémorragie méningée, de type comateux ou léthargique dont une avec troubles visuels, diplopie, amblyopie, œdème et hyperémie de la papille. Après la dernière crise, seule persista l'amnésie pendant 6 mois; les signes oculaires et les signes méningés n'ont pas laissé de traces.

R. cherche à situer ces hémorragies méningées au point de vue nosologique. Il semble s'agir, dans un cas, d'une hémorragie méningée véritable syndrome isolé précurseur à brève échéance d'une encéphalite léthargique.

L'étiologie des hémorragies méningées spontanées de l'adolecrence est variable; il faut surtout penser à 3 causes: la tuberculose, la syphilis et l'encéphalite léthargique. Le pronostic est en général bon, les récidives sont fréquentes. Le pronostic peut être aggravé par la possibilité de séquelles psychiques. La première malade vint succomber à l'hôpital 2 mois après sa première hémorragie méningée, après une période de coma complet, avec présence de sucre et de corps cétoniques dans les urines.

Robert Clément.

V. de Lavergne et **P. Kissel.** ***Les conceptions pathogéniques de la fièvre typhoïde*** (*Paris Médical*, t. **25**, n° 22, 1er Juin 1935, p. 508-512). — A la suite des travaux expérimentaux récents, il semble que dans la pathogénie de la fièvre typhoïde quelques points soient acquis.

Dans une première phase, correspondant à l'incubation, les bacilles typhiques ingérés passent de l'intestin, dont la muqueuse est encore indifférente à leur présence, dans le système lymphatique mésentérique qu'ils infectent progressivement. Pendant cette période initiale et encore silencieuse, les ganglions s'hypertrophient.

Dans une seconde phase, la lymphe, de plus en plus riche en bacilles, déverse ceux-ci de plus en plus nombreux, de façon continue, dans le sang, d'où la septicémie qui joue un rôle capital dans la maladie.

Il ne subsiste d'incertitude que sur la genèse des lésions des plaques de Peyer de l'intestin, avec leurs caractères spéciaux et leur apparition tardive au cours de l'infection. Pour L. et K. ces faits ne peuvent s'expliquer comme étant l'aboutissement d'une lente colonisation microbienne. La production des ulcérations des plaques de Peyer serait un phénomène de surinfection tenant d'une part de l'état d'allergie typhique créé par la progressive infection mésentérique à la période d'incubation, et d'autre part, de l'ensemencement de l'intestin par la bile.

Pour Reilly, Rivalier et leurs collaborateurs, les intra-dermo-réactions typhiques étant négatives iraient à l'encontre de cet état d'allergie et les lésions des plaques de Peyer seraient créées par l'endotoxine typhique.

L'histoire des explications pathogéniques proposées pour la fièvre typhoïde reflète l'histoire des idées médicales qui sont loin d'être définitivement fixées.

Robert Clément.

M. d'Oelsnitz. ***Ce que les praticiens doivent actuellement connaître du Kala-azar autochtone de l'enfant et de l'adulte ?*** (*Paris Médical*, t. **25**, n° 22, 1er Juin 1935, p. 519-525). — D'abord, localisée au littoral méditerranéen, et surtout infantile, la leishmaniose a été observée depuis, ailleurs en France et chez l'adulte. Le mode de contamination est encore imprécis, la transmission directe est improbable, l'inoculation par un phlébotome ou la tique du chien n'est pas encore prouvée, il y a même parfois discordance entre la répartition de la leishmaniose du chien et de l'homme.

Chez l'adulte comme chez l'enfant, le tableau clinique est celui d'une anémie splénomégalique fébrile. L'incubation qui, chez l'enfant, peut se réduire à peu de semaines, atteint chez l'adulte des mois et exceptionnellement des années.

Les prodromes sont discrets et banaux : fatigue, asthénie, troubles digestifs, fébricule. Parfois cependant, le début est brusque par des paroxysmes fébriles.

Chez l'enfant, la fièvre est désordonnée avec des paroxysmes à heure variable, généralement vespéraux; chez l'adulte, elle est oscillante.

Chez l'enfant, la peau prend une teinte spéciale que l'on a pu qualifier de « teint laiteux ou teint porcelainé »; chez l'adulte, à la pâleur s'ajoute une pigmentation variable, prédominante sur les mains, les avant-bras, les régions périgénitales, les aréoles des seins et la face. Au niveau des zones brunâtres, apparaissent parfois, des zones dépigmentées : les taches blanches du Kala-azar. Si la rate est presque toujours augmentée de volume, l'hépatomégalie est inconstante; mais le foie semble toujours touché au cours des leishmanioses.

L'anémie est caractérisée par la diminution du nombre des hématies, mais surtout par la leucopénie et la neutropénie. Les adénites sont fréquentes, surtout au niveau des ganglions épitrochléens. Parfois, on observe des complications : œdème, hémorragies, lésions pulmonaires. L'évolution est progressive et le pronostic sévère en l'absence du traitement. Le diagnostic pourra s'appuyer sur la ponction splénique, la formolleucogélification et surtout la réaction de Chopra, à la condition d'en interpréter les fausses apparences.

Le traitement spécifique se fait par les sels d'antimoine, les sels organiques et aromatiques étant les plus actifs.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

L. Gernez, P. Moulonguet et **L. Mallet.** ***Traitement des cancers épithéliaux de la mandibule par l'électro-coagulation suivie de euriethérapie*** (*Journal de Chirurgie*, t. **45**, n° 3, Mars 1935, p 337-357). — Le cancer épithélial du maxillaire inférieur résulte toujours de l'envahissement de cet os par un épithélioma né de muqueuses voisines.

Cet envahissement n'a lieu qu'à une période avancée de l'évolution des cancers de la joue, de la langue et de l'amygdale; il s'y présente ainsi sous une *forme diffuse* dont le traitement n'est indiqué qu'accessoirement dans le mémoire, avec 4 observations à l'appui.

Cet envahissement est, au contraire, précoce pour le cancer du plancher de la bouche et surtout pour celui de la gencive qui porte justement le nom de cancer térébrant du maxillaire; il s'y présente par suite sous une *forme localisée* dont le traitement par l'électrocoagulation (appliquée pour la première fois en France par l'un des auteurs) suivie de curiethérapie, fait l'objet du présent mémoire.

Pour la forme localisée, l'électro-coagulation est obtenue avec l'appareil Beaudouin-Gondet à ondes amorties et entretenues d'une intensité de 5 à 6 ampères. Elle se fait sous anesthésie régionale par infiltration aux épines de Spix préparée par le chloral et la scopolamine-morphine; elle doit être poursuivie d'après un plan pré-établi et produire la nécrose du maxillaire sur une zone dépassant de deux dents saines la partie cancérisée que marquent l'ébranlement et la chute des dents.

Peu d'infection, peu de douleur et de température post-opératoires. Avant la séparation de l'os nécrosé qui se produit au bout de 6 à 8 semaines, on procède à la curiethérapie à l'aide d'un appareil moulé trans-cutané à foyers multiples agissant sur toute la région envahie et sur les territoires lymphatiques correspondants. Cette irradiation est suivie d'une réaction locale et générale forte mais passagère.

Une étude critique montre les résultats obtenus supérieurs à ceux des autres techniques: résection totale de la branche horizontale; résection partielle du bord alvéolaire; curiethérapie du foyer cancéreux maxillaire faite seule ou après résection première du maxillaire. Ces résultats, sur 6 observations, ne sont connus que pour 4 d'entre elles; ils indiquent une guérison de 4 ans, une de 2 ans et demi, une de 2 ans et une récidive au bout d'un an.

La même technique, avec les modifications indiquées, appliquée à la forme diffuse par envahissement d'un cancer de la langue, de la joue, de l'amygdale, donne des résultats médiocres explicables par la gravité et l'extension des lésions. Il n'est pas donné de statistique, mais seulement 4 cas, dont 3 avec bons résultats et le dernier avec récidive et mort.

P. Gisel.

R. Monod et **J. Demirleau.** ***Technique de la lobectomie en un temps*** (*Journal de Chirurgie*, t. **45**, n° 3, Mars 1935, p. 376-395). — Nous ne pouvons en réalité donner une analyse de cet article consacré à la technique de la lobectomie pulmonaire de Brunn, modifiée par Shenstone et Archibald, que M. et D. tiennent eux-mêmes de Roberts et Nelson et de Tudor Edwards, de Londres.

Cette intervention, dont les indications se préciseront et se multiplieront, offre seule la possibilité de guérison aux bronchectasies localisées rebelles et extensives, aux abcès anciens pyo-scléreux disséminés dans un lobe et même aux cancers du poumon diagnostiqués à leur début.

L'opéré devra répondre aux conditions suivantes: Agé de 20 à 30 ans; appareil cardio-vasculaire en bon état; tension artérielle suffisante, de 12 au minimum; lésions pulmonaires bien localisées et repérées. Il sera soumis à une préparation essentielle par le drainage de posture, la broncho-aspiration, la cure solaire, la suralimentation, le pneu-

mothorax pré-opératoire s'il n'est pas contre-indiqué. La prophylaxie du choc opératoire comporte : une cure digitalique ; une transfusion de 200 à 300 grammes en cas de faiblesse et d'anémie ; une cure de glucose (Roberts).

Anesthésie au protoxyde sous pression (baronarcose) après préparation au pantopon et à l'éphédrine.

Nous indiquerons seulement que l'opération comporte l'incision de tout le 7e espace intercostal avec écartement favorisé par la section des côtes limitantes en arrière de leur angle costal.

La vue, le toucher font reconnaître le lobe atteint qui sera libéré s'il est possible ; une adhérence complète contre-indiquant la poursuite de l'opération.

Après le lobe, son pédicule est libéré, étranglé dans un serre-nœuds, puis sectionné aux ciseaux de façon à laisser un moignon court, en cupule, facile à suturer. Cette suture du moignon, aux détails minutieux et essentiels constitue le temps capital de la lobectomie. Ensuite fermeture de la plaie pariétale par rapprochement des côtes sus- et sous-jacentes, après avoir assuré un drainage pleural par incision du 9e espace sur la ligne axillaire moyenne. Broncho-aspiration.

L'opéré dans son lit, tête basse, on prolonge le drain pleural par un tube en caoutchouc terminé par un tube de verre plongeant dans une solution de Dakin. Les oscillations du liquide aspiré dans le tube permettent la surveillance des mouvements respiratoires.

Les complications immédiates sont l'hémorragie et le shock, soit par surcharge du cœur droit qui a perdu une partie de son territoire à irriguer, soit par une cause nerveuse encore imprécise.

L'évolution favorable est rapide ; elle permet l'ablation du drain au 20e jour ; convalescence dès la 3e semaine ; guérison acquise à la fin du 2e mois.

Les incidents sont la formation d'un *épanchement pleural enkysté* et la *fistule bronchique* presque constante mais qui guérit en une quinzaine de jours.

Les complications et causes de mort sont les *hémorragies secondaires, l'empyème, l'abcès du cerveau, l'emphysème médiastinal et l'embolie gazeuse.*

Le malade guéri l'est complètement ainsi que le prouvent deux guérisons intégrales obtenues par M. et D., l'une après ablation du lobe moyen droit, l'autre du lobe inférieur gauche, toutes deux pour bronchectasies avec suppuration. On trouvera dans le même numéro du Journal une analyse de ces observations communiquées le 21 Juillet 1934 à la Société de Chirurgie, ainsi que deux autres, suivies de mort.

P. Grisel.

Jean Patel et **Jean Gosset.** ***Remarques sur la maladie dite infarctus de l'intestin*** (*Journal de Chirurgie*, t. **45**, n° 3, Mars 1935, p. 396-403). — Un homme de 60 ans, hernieux, est pris d'accidents subits : douleur abdominale, vomissements bilieux, arrêt des gaz. Cependant J. P., qui l'examine à la 12e heure, écarte le diagnostic d'étranglement, car la hernie est parfaitement réductible, et pose celui d'infarctus intestinal en raison du météorisme abdominal discret, de la contracture localisée à la fosse iliaque gauche, mate à la percussion, de la diffusion des douleurs, surtout de la gravité des signes généraux : pouls à 120, t. 37°, pâleur extrême et sueurs. Le malade vient d'avoir une entérorragie de couleur noirâtre.

Sous rachi-anesthésie, hernio-laparotomie gauche qui montre l'infarcissement d'un segment de l'iléon terminal à la fois intra-sacculaire et intra-abdominal sans action constrictrice du collet large du sac herniaire.

La portion d'anse intestinale infarcie, longue de 45 cm. est épaissie, un peu dilatée, de couleur violet foncé, nettement limitée à ses deux extrémités qui se continuent avec les segments voisins de calibre normal. La portion correspondante du mésentère est discrètement atteinte, d'aspect œdémateux, sans ecchymoses, sans hématome entourant les vaisseaux dont les battements ne sont pas perceptibles.

L'irrigation au sérum tiède ne modifiant ni la coloration ni l'état de l'anse, entérectomie suivie d'anastomose termino-terminale.

Gaz au 3e jour. Guérison sans incident.

L'examen histologique montra que la muqueuse est seule le siège de l'infiltration sanguine avec aspect infarctoïde du chorion, mais que partout ailleurs l'imbibition œdémateuse l'emporte sur l'infiltration hématique. Il y a infiltration leucocytaire dans la sous-muqueuse, la musculeuse et dans les ganglions hyperplasiés du mésentère : ce ne sont ni les lésions de l'infarctus et encore moins celles de l'apoplexie avec leur infiltration sanguine massive des tuniques, ni celles plus discrètes d'une cyanose, d'une hyperhémie passagère de l'intestin. P. et G. pensent d'autre part, que les lésions inflammatoires légères ne permettent pas de conclure à une entérite phlegmoneuse ou ulcéreuse.

Pour eux, la présence de lésions d'endartérite non oblitérante, constatées sur les coupes du mésentère réséqué justifient une explication vasculaire des lésions.

Sous l'influence locale de l'endartérite ou sous une influence extérieure mécanique ou inflammatoire, se produit une crise vaso-constrictive ayant le ganglion mésentérique supérieur comme centre réflexe. La durée du spasme règle de degré de lésions intestinales ; s'il persiste, à l'anémie succède la stase veineuse puis la rupture des capillaires ; s'il cède, à l'effacement vasculaire initial succède une phase d'hyperhémie active.

La difficulté est grande pour le chirurgien d'apprécier la gravité des lésions répondant au diagnostic d'infarctus intestinal et P. et G., en raison des résultats de l'examen histologique de leur pièce opératoire, se demandent, quoique leur malade soit guéri, si la conduite choisie par l'un d'eux était la meilleure.

Ils conseillent à l'opérateur qui se trouvera dans la même indécision qu'eux, dans les cas où la gravité irrémédiable des lésions reste douteuse, de chercher à mettre fin au spasme vasculaire par les injections endo-veineuses d'acétylcholine ou bien encore d'eupavérine, récemment recommandée.

P. Grisel.

L. Sabadini. ***Les kystes hydatiques de la rate; étude anatomo-clinique et thérapeutique*** (*Journal de Chirurgie*, t. **45**, n° 4, Avril 1935, p. 534-560). — Deux observations personnelles et 9 observations inédites (Oulié, 2 ; Guedj, 3 ; Revel, 2, Engel, 2) sont le point de départ d'une étude complète des kystes hydatiques de la rate, localisation relativement rare de l'échinococcose dont S. a pu cependant recueillir près de 200 observations.

D'après leur évolution, S. reconnaît trois formes : *abdominale*, la plus fréquente ; *thoracique*, moins fréquente ; *abdomino-thoracique*, plus rare.

Leur développement est presque toujours énorme, pouvant atteindre le volume d'une tête d'homme, le poids de 4 kilogr. 800, et contenir jusqu'à 15 litres de liquide ; ils contractent presque toujours des *adhérences* avec un ou plusieurs des organes délimitant la loge splénique. Ils suppurent fréquemment, comprimant les viscères et peuvent se rompre dans l'un d'eux, le plus souvent dans l'estomac. La rupture dans la cavité péritonéale libre est rare et la première des observations personnelles du mémoire est un curieux exemple de cette éventualité.

Un homme de 42 ans, soigné depuis 2 ans pour une volumineuse splénomégalie, ressent dans la matinée une très vive douleur abdominale. On trouve dans la fosse illiaque gauche une volumineuse tumeur globuleuse. Aucun signe d'anaphylaxie, Casoni d'abord négatif puis faiblement positif. Le diagnostic de kyste hydatique est fait mais conserve, on le comprend, une certaine indécision.

Le lendemain, la laparotomie montre le pôle inférieur de la rate rompu et, libre dans la fosse iliaque gauche, une volumineuse vésicule hydatique intacte, du poids de 4 gr. 800, qui est extraite ainsi qu'une seconde de la grosseur d'une orange, située encore dans la rate énorme mais excavée et qui, adhérente au diaphragme, à l'estomac, au côlon, ne peut être enlevée et est marsupialisée. Guérison.

De son étude thérapeutique, S. conclut en faveur de la marsupialisation, soit abdominale, soit transthoracique, qui, seule, donnera le maximum de garanties. La splénectomie, dans la statistique établie par S., sur 68 cas, a donné 14 morts (20,5 pour 100) par choc opératoire, hémorragie ou suppuration.

P. Grisel.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès, P. Kirsche et **M. Deprecq.** ***L'inversion nucléaire des neutrophiles à 2 et à 3 noyaux (Signe de Velez) dans la tuberculose.*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **56**, n° 20, 19 Mai 1935, p. 305-313). — En établissant la formule nucléaire d'Arneth, J. Velez avait observé chez les tuberculeux que les polynucléaires neutrophiles à 2 noyaux étaient plus nombreux que ceux à 3 noyaux, contrairement à ce que l'on observe à l'état normal et dans nombre d'autres maladies. Il appela ce signe « l'inversion nucléaire » et le considéra comme constant dans la tuberculose.

Pour établir l'indice de Velez, on ne retient dans l'image nucléaire d'Arneth, que le nombre des polynucléaires à 2 et 3 noyaux ; on soustrait le pourcentage des neutrophiles à 3 noyaux de celui à 2 noyaux : le chiffre obtenu représente l'indice d'inversion nucléaire.

Reprenant 120 examens de sang faits en 1911 avec Dupérié, S. K. et D. ont constaté le bien-fondé de l'opinion de Velez. Tous les examens de sang, se rapportant à des tuberculoses médicales sauf 2, montrent une inversion nucléaire, le plus souvent très élevée et dans l'ensemble dépassant 10. Les deux exceptions donnaient, l'une, une équivalence des formes bi- et trinucléées, l'autre, après une formule à — 2, passait à + 12.

Dans les tuberculoses chirurgicales, les résultats sont plus inconstants. Sur 14 cas, 6 fois l'inversion est nette, 4 fois, l'indice est négatif, 4 épreuves sont douteuses.

Dans une nouvelle série de 26 malades, chez les 15 cas de tuberculose confirmée, l'indice de Velez est fortement positif (12 à 75) 14 fois. La déviation vers la gauche de l'image d'Arneth existe dans les 14 cas. Il y a une certaine concordance entre les valeurs nucléaires basses et l'indice de Velez élevé et inversement.

Dans 6 observations de tuberculose très probable, un indice d'inversion nucléaire élevé correspond à une valeur nucléaire basse. Dans une forme fibreuse sans bacilles, il y a discordance entre la déviation vers la gauche de la formule d'Arneth (210) et l'absence d'inversion nucléaire (— 13).

Chez 5 sujets atteints d'affections diverses, on trouve un pemphigus avec indice de Velez à + 18, un syndrome cæco-appendiculaire, avec Velez + 20 ; les autres malades ne présentent pas d'inversion nucléaire.

La recherche du rapport existant entre les leucocytes polynucléaires à 2 et à 3 noyaux paraît supérieure à l'image d'Arneth. L'indice de Velez est un élément d'information nullement négligeable pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Radovici. ***L'hystérie après Charcot et après Babinski, devant les progrès de la neurologie.*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 366, 5 avril 1935, p. 223-228). — La pandémie d'encéphalite léthargique a permis d'observer de bizarres syndromes moteurs sensitivo-sensoriels et psychiques que l'on aurait autrefois considérés comme hystériques. R. a contribué pour une part importante à décrire ces « états hystéroïdes organiques post-encéphalitiques », à les rattacher à une lésion du diencéphale et à les distinguer du pithiatisme. Non seulement les crises oculogyres et les différentes cinésies hystéroïdes, depuis la chorée rythmée jusqu'aux dystonies généralisées et aux spasmes de torsion, mais aussi l'état mental caractéristique des hystériques et leur suggestibilité exagérée, sont la conséquence d'une altération des fonctions mésodiencéphaliques. Les troubles du caractère, la perversité mythomane et l'hypersuggestibilité des postencéphalitiques sont bien connus. L'étude du psychisme sous-cortical, la conception des centres psycho-régulateurs de Roussy et Camus éclairent d'un jour nouveau l'interprétation des troubles mentaux striés. On peut admettre à la base des manifestations variées de l'hystérie, une altération dans le fonctionnement des ganglions de la base du cerveau qui détermine l'exaltation de l'automatisme mental, avec hypersuggestibilité, perversion du caractère, mythomanie, fabulation et même simulation.

Une grande partie des symptômes hystériques est constituée de mouvements expressifs anormaux, ayant une telle ressemblance avec certaines hypercinésies striées que les vraies maladies organiques du striatum sont encore aujourd'hui considérées comme syndromes hystériques.

Robert Clément.

L. Nové-Josserand, Mlle A. Rougier et **M. Bouquin.** ***Sur la néphrose lipoïdique de l'enfance (Ses caractères évolutifs, d'après 3 cas observés depuis plus de 2 ans)*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 368, 5 mai 1935, p. 283-290). — 3 enfants âgés de 2 ans et demi à 5 ans ont été suivis pendant 2 ou 3 ans. Tous 3 ont présenté pendant plusieurs mois, le syndrome typique de la néphrose lipoïdique qui, par elle-même, semblait mettre en danger les jours du malade: anasarque avec épanchements énormes des séreuses, accompagnés de gêne respiratoire et cardiaque, complications pulmonaires graves, troubles digestifs intenses et prolongés. Ce qui aggravait encore l'état de ces enfants et rendait le pronostic plus sombre, c'est qu'ils ont présenté à un moment ou l'autre de leurs néphroses, le syndrome néphrite à un degré plus ou moins marqué. Tous trois ont eu un taux d'urée supérieur à la normale; l'un d'eux a même débuté par une néphrite hématurique avec azotémie élevée et hypertension légère.

C'est après une pyrexie grave au cours de laquelle les signes de néphrose et de néphrite avaient atteint leur paroxysme que la maladie a tourné court. Il semble que le choc infectieux ait été suffisamment puissant pour modifier de fond en comble l'état humoral du malade. Dans un cas, des globules rouges persistèrent longtemps dans les urines et il reste actuellement une albuminurie résiduelle de 0 gr. 15 persistant depuis plusieurs mois. Dans les deux autres cas, il n'existe que des traces infimes d'albumine dans les urines et ces enfants sont absolument normaux depuis un an et demi. Il faut attendre plus longtemps pour pouvoir parler de guérison. Mais ces observations montrent que le pronostic de la néphrose lipoïdique est parfois favorable, même lorsqu'elle est associée à une néphrite.

Robert Clément.

A. Chapuy. ***Valeur séméiologique du décentrement pylorique en radioscopie gastro-duodénale*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 368, 5 Mai 1935, p. 293-296). — Dans un estomac normal, quelle que soit sa forme, le pylore se trouve toujours dans l'axe de la région antrale, il y a « décentrement » lorsque le pylore est plus ou moins attiré à gauche, comme remonté sur le trajet dans la direction de la petite courbure. Il en résulte une image de dilatation de la région sous-pylorique.

Pour rechercher le décentrement pylorique, l'examen radioscopique est supérieur à la radiographie; le sujet doit être debout, en position rigoureusement frontale: la moindre inclinaison à gauche peut faire apparaître un décentrement qui n'existe pas et une inclinaison à droite peut masquer un décentrement véritable. Pour C., ce signe a une valeur importante, on ne lui a pas jusqu'ici accordé la place qu'il mérite.

Le décentrement est aussi net dans les ulcères du duodénum que dans les ulcères gastriques; il ne peut donc s'expliquer par la rétraction de la petite courbure par la lésion que dans un nombre restreint de cas.

Il faut considérer le décentrement comme un des premiers symptômes annonçant, souvent à très longue échéance, une sténose pylorique commençante.

Le décentrement pylorique est absent dans les lésions cancéreuses, cependant C. l'a observé une fois dans un cancer de la petite courbure. Chez les individus présentant un estomac très allongé, atone, avec dislocation verticale, on peut voir une image ressemblant à celle du décentrement pylorique. En regardant de près, on voit que le pylore a conservé sa position normale dans l'axe de la région antrale. Dans le cancer greffé sur un ulcère, on peut voir le décentrement du pylore.

Malgré ces quelques causes d'erreur, ce signe radiologique peut être considéré pratiquement comme « pathognomonique d'un ulcère gastroduodénal ». Il persiste dans l'intervalle des périodes douloureuses ou après hémorragies. C'est un signe positif qui a une réelle valeur diagnostique.

Robert Clément.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

Charles Nicolle et **Hélène Sparrow.** ***Quelques expériences pratiquées avec le virus de la fièvre fluviale du Japon (Tsutsugamushi)*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. **24**, n° 2, avril 1935, p. 179-218). — Ce virus a été très complètement étudié au Japon par Mataro Nagayo et ses collaborateurs.

N. et S. relatent les nombreuses expériences personnelles qu'ils ont pratiquées avec ce virus sur le lapin, le singe, le cobaye, le rat, et décrivent la maladie expérimentale telle qu'ils l'ont observée chez ces animaux. Ils étudient l'immunisation par première atteinte et exposent leurs essais de transmission du virus par les poux et par les puces.

Ils insistent sur la spécificité du virus fluvial; sur la longue persistance de ce virus chez les rats infectés; sur la valeur de la réaction de Weil-Félix pour le diagnostic, mais en même temps son inconstance et la date tardive de son apparition; sur la nécessité, pour l'entretien du virus, de substituer au rat un animal visiblement sensible; sur la conservation du virus fluvial pendant onze jours au moins chez la puce et le rôle que cet insecte peut jouer dans la transmission de la maladie par sa piqûre, alors que la conservation du même virus chez le pou (sept jours au moins) n'offre qu'un caractère de curiosité puisque cet insecte ne paraît pas pouvoir transmettre la maladie par sa piqûre.

L. Rivet.

L. Balozet. ***Etudes expérimentales sur l'anémie infectieuse des équidés*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. **24**, n° 2, avril 1935, p. 268-307). — L'âne africain a une sensibilité au virus de cette maladie égale à celle du cheval et permet des expériences aisées étant donné son prix modique. Il convient de choisir des ânes très jeunes.

B. décrit la maladie expérimentale de l'âne africain, avec les examens du sang en série, des courbes de sédimentation; il étudie l'effet des passages successifs, par les ânes, sur le pouvoir pathogène du virus de l'anémie infectieuse. Il décrit l'action de quelques agents chimiques sur le virus de l'anémie infectieuse: éther, chloroforme, fluorure de sodium, phénol, saponine, glycérine. Il expose enfin des essais de vaccination contre l'anémie infectieuse par la rate formolée : les inoculations de rate virulente traitée par le formol n'ont apporté aux ânes auxquels elles ont été faites aucune résistance à l'égard d'une inoculation sous la peau d'une quantité plutôt faible de sérum virulent. Il ne semble pas que les injections de virus tué, même lorsqu'elles sont faites en quantités importantes, soient susceptibles de provoquer une immunité dont l'existence, dans l'anémie infectieuse, est douteuse.

L. Rivet.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE (Paris)

Corcelle. ***Les réactions méningées de l'ophtalmie sympathique*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. **52**, n° 5, mai 1935, p. 327-343). — Deux cas d'ophtalmie sympathique ont permis de déceler par ponction lombaire une réaction méningée caractérisée surtout par une lymphocytose abondante mais sans symptômes cliniques. Les deux ophtalmies sympathiques furent d'évolution différente. La plus grave aboutit à une cécité à laquelle se surajouta une surdité et c'est dans ce cas que la lymphocytose fut la plus abondante. Accessoirement il existait une hyperglycorachie dans les deux cas et des troubles vestibulaires latents ont pu être décelés dans le cas où la surdité ne se manifesta pas. Il est important que les chercheurs aient l'attention attirée sur ces réactions méningées latentes qu'il y aura dorénavant intérêt à rechercher systématiquement.

A. Cantonnet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

H. Vaquez. ***Préparations galéniques et glucosides de la digitale*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, t. **28**, n° 4, Avril 1935, p. 185-198). — De multiples travaux récents ayant paru sur les diverses variétés de digitale, leurs formules pharmaceutiques, indications et mode d'emploi, la question a été récemment étudiée par la section d'hygiène de la Société des nations.

V. expose la variabilité des préparations galéniques et l'insuffisance du procédé de titrage dit biologique.

On a récemment isolé de multiples glucosides de la digitale. Leur valeur n'est nullement établie, et la question appelle de nouvelles recherches.

En attendant, aucun de ces glucosides n'offre pour le chimiste la fixité de caractère, pour le clinicien la constance d'action de la digitaline cristallisée isolée en 1868 par Nativelle, dont V. rappelle la posologie courante. Potain prescrivait en une seule fois 1 milligr., soit L gouttes de la solution au millième. V. donne habituellement LX gouttes en quatre jours : XX les deux premiers jours, X les deux jours suivants, chez l'adulte,

avec les autres prescriptions thérapeutiques et diététiques classiques. L'élimination étant lente, il faut attendre dix à quinze jours avant de prescrire une nouvelle cure. Dans certains cas urgents, il y a lieu de prescrire au préalable la médication ouabaïnique. Le traitement doit du reste être adapté aux circonstances cliniques.

L. Rivet.

LE NOURRISSON
(Paris)

A.-B. Marfan. *Les formes cliniques du rachitisme. La genèse de ces formes* (*Le Nourrisson*, An. **25**, n° 3, Mai 1935, p. 137-145). — Dans un article précédent, que nous avons analysé, M. décrit comme première forme de rachitisme, le *rachitisme du nouveau-né*, très précoce et à début cranien. Il est dû le plus souvent à la syphilis congénitale, plus rarement à une diphtérie nasale, à une intoxication provenant d'une éclampsie maternelle.

La syphilis peut produire toutes les formes du rachitisme mais c'est cette première forme qu'elle engendre le plus souvent. Lorsqu'un rachitisme est congénital ou débute avant trois mois, lorsqu'il commence par le crâne et y détermine d'abord du cranio-tabes, lorsqu'il y produit la saillie des bosses frontales (front olympien) et pariétales (crâne natiforme), lorsqu'il s'accompagne d'une anémie plus ou moins marquée et d'une hypertrophie de la rate, le diagnostic de syphilis peut être considéré, d'après M., comme à peu près certain.

La seconde forme de rachitisme, décrite par M., le *rachitisme du nourrisson*, a pour cause les plus fréquentes, l'alimentation défectueuse et la diarrhée chronique ou récidivante des enfants privés du sein. Mais elle peut être déterminée aussi par le scorbut infantile, par la tuberculose à marche lente, par les suppurations prolongées et étendues de la peau, par les broncho-pneumonies subaiguës ou récidivantes.

Cette seconde forme de rachitisme ne détermine en général que des déformations légères et qui s'effacent vers la fin de la deuxième année.

La troisième forme ou *rachitisme tardif*, n'est le plus souvent que la prolongation ou la reviviscence de l'une ou l'autre des formes précédentes. Cependant il existe un rachitisme tardif réel débutant après quatre ou cinq ans.

La plupart des causes qui engendrent le rachitisme du nouveau-né ou du nourrisson peuvent ne commencer à agir que dans la grande enfance. Cependant le véritable rachitisme tardif est généralement dû à la syphilis, à une maladie cœliaque, à certaines diarrhées voisines de cette dernière et surtout à des affections chroniques des reins.

Cette manière de comprendre les formes du rachitisme, ne doit pas, selon M., être prise dans un sens trop absolu, mais elle permet d'établir une classification répondant à des constatations cliniques et physiologiques. D'une manière générale, en effet, l'activité d'accroissement des diverses parties du squelette suit une marche descendante : elle a d'abord son plus haut degré sur les os du crâne, puis elle se déplace sur les côtes et les membres supérieurs; ce n'est qu'après un an que cette activité d'ossification se manifeste aux membres inférieurs.

Les formes du rachitisme, leur durée et leur gravité dépendent de trois facteurs : 1° l'âge du sujet au moment où la cause du rachitisme commence à agir; 2° la durée d'action de cette cause; 3° le degré d'appauvrissement de l'organisme en principe antirachitique.

G. Schreiber.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

H. Boucher (Briançon). ***Recherches hématologiques chez les tuberculeux pulmonaires traités en haute altitude*** (*Revue de la tuberculose*, 5e série, t. **1**, n° 3, mars 1935, p. 258-284). — Les recherches poursuivies par B. au Sanatorium des Neiges montrent que la cure d'altitude favorise très notablement l'amélioration quantitative et qualitative des éléments rouges du sang. Si, au cours du traitement, se produit un abaissement du nombre des érythrocytes et une chute marquée du taux de l'hémoglobine, le pronostic est défavorable.

Les réticulocytes augmentent constamment dans le sang circulant au début du séjour, et peuvent jusqu'à un certain point rendre compte des réactions hématopoïétiques. En milieu sanatorial, il serait peut-être utile d'apprécier par des « réticulogrammes » périodiques la faculté d'adaptation et de réaction des tuberculeux soumis à la cure d'altitude.

La connaissance du nombre des leucocytes, par des examens régulièrement espacés, permet de suivre l'évolution de la maladie et l'efficacité du traitement mis en œuvre. Le plus souvent, elle fera prévoir les complications et les aggravations.

L'étude de la formule leucocytaire et de la formule d'Arneth guide l'appréciation des processus de défense et de résistance à l'infection tuberculeuse. A l'opposé de la polynucléose neutrophile et de la déviation gauche de la formule d'Arneth, l'éosinophilie, la mononucléose et la déviation droite de la formule d'Arneth sont d'un heureux pronostic.

Bien que la signification des variations de taux des plaquettes soit controversée, il semble bien que l'hyperplaquettose soit de règle dans les tuberculoses pneumoniques. Mais c'est surtout au cours des accidents consécutifs à l'aurothérapie que le comportement des plaquettes est utile à étudier.

C'est au cours de l'aurothérapie que l'étude du sang est la plus importante. Par elle et par le signe du lacet, on peut surveiller la tolérance de l'organisme et parfois prévoir les accidents cliniques d'intoxication. L'éosinophilie ou la leucocytose avec polynucléose neutrophile accompagnent les phénomènes d'intolérance générale ou traduisent la « saturation ». L'hypoglobulie, la leucopénie, l'hypoplaquettose et la positivité du signe du lacet feront craindre des accidents plus graves, répondant à des altérations toxiques des organes sanguiformateurs et de l'endothélium vasculaire.

Ce mémoire est accompagné d'une importante bibliographie.

L. Rivet.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Hermann Schroeder. *L'élimination de l'acide ascorbique dans l'organisme sain et malade* (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 14, 6 Avril 1935, p. 484-487). — L'acide ascorbique a été déterminé dans l'urine par la méthode de Tillmans au moyen du 2,6, dichlorephénol-indophénol. Il a été ainsi constaté que l'élimination quotidienne atteint 30 milligr. d'acide ascorbique. Il est cependant possible que malgré un p_H de 2.7 d'autres substances aient manifesté également une action réductrice. Il semble cependant que ce chiffre soit exact parce qu'il correspond à ceux de Harris.

D'autre part, ces dosages ont été repris chez un certain nombre de sujets après ou avant administration d'une certaine dose d'acide ascorbique en veillant naturellement à ce que le régime comporte une dose constante de vitamine. Il a été ainsi constaté qu'une dose de 300 milligr. d'acide ascorbique détermine une élimination par l'urine qui augmente progressivement et qui atteint au maximum 280 milligr. Il semble donc que l'organisme après avoir été saturé par la vitamine C. élimine tout le superflu.

En cas d'infection fébrile et notamment de pneumonie, de cystite, de fièvre typhoïde et de tuberculose ainsi qu'en cas de cancer et de diabète, les échanges vitaminiques sont notablement plus élevés que normalement. On constate dès la défervescence, une élimination de l'acide ascorbique. Dans un cas de diabète, il a pu être administré des doses de 800 milligr. de vitamine sans augmenter la sécrétion. Dans un cas de tuberculose, l'élimination a été nettement au-dessous de la normale et en rapport avec la sévérité de la maladie.

P.-E. Morhardt.

W. Berger, J. Hartmann et H. Leubner. *Contribution clinique à la sécrétion externe du pancréas* (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 14, 6 Avril 1935, p. 490-496). — Nos connaissances sur les fonctions pancréatiques chez l'homme sont assez réduites. En cas d'affection de cet organe, on ne dépasse jamais le stade du diagnostic de vraisemblance. Les méthodes employées chez l'homme pour apprécier la sécrétion externe du pancréas sont peu sensibles. B. et ses collaborateurs sont arrivés à les perfectionner en ayant recours au sondage duodénal qui permet de recueillir le suc toutes les 5 minutes dans un nouveau tube à essai. Par cette méthode, on arrive à éviter les mélanges avec le suc gastrique car, dans ces conditions, ce dernier surnage souvent. On peut également, par la courbe de la bilirubine, apprécier les périodes pendant lesquelles le suc pancréatique s'est mélangé à beaucoup de bile. Le repas d'épreuve a consisté à administrer 20 cmc d'huile d'olive à la température du corps et à poursuivre l'examen de la sécrétion pendant deux ou trois heures. Cette méthode diagnostique est plus pénible que la plupart de celles qui sont employées, mais elle l'est moins qu'un examen urologique complet.

L'introduction de la sonde détermine parfois un type de réaction dit précoce et fréquent. On observe souvent aussi des réactions tardives ou l'absence de toute réaction. D'une façon générale, les chiffres trouvés à jeun et pendant les périodes de repos ont été de 320 unités pour l'amylase. Sous l'influence de l'huile le chiffre trouvé dépasse 680 (limite inférieure à la normale) et atteint en moyenne 1.280 à 2.560. Quand le chiffre atteint 3.840, il y a irritation et hyperfonction. Sous l'influence de l'huile, on observe parfois aussi, mais moins régulièrement, une augmentation du volume sécrété, tantôt précoce et tantôt tardive.

Sur 7 cas de nécrose pancréatique sévère confirmée par l'intervention, il a été constaté une hypofonction nette deux fois. Mais d'autres cas semblables présentaient une hyperfonction. Dans les pancréatopathies de la cholélithiase, on a souvent constaté une courbe d'inhibition nette de la sécrétion de l'amylase et de la trypsine.

Dans un cas de pancréatopathie par infection focale, la courbe de l'amylase a été extraordinairement faible et l'ablation de granulomes dentaires a eu des effets remarquables. Dans le diabète, il a été observé des courbes normales ou, au contraire, dans deux cas très sévères, des courbes d'hypofonction. Dans l'ictère, la fonction pancréatique peut être influencée dans un sens ou dans l'autre. Dans l'achylie gastrique, on a souvent constaté de l'hypochylie pancréatique.

Au point de vue thérapeutique, il y a lieu de remarquer qu'en cas d'hypofonction survenant au cours d'une affection pancréatique primitive ou secondaire, il y a lieu de recourir à une thérapeutique de substitution et par conséquent à des extraits pancréatiques de préférence additionnés de sécrétine (pancréone, intestinol).

P.-E. Morhardt.

W. Bickenbach et H. Fromme. ***La teneur en hormone folliculaire du sang des éclamptiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 14, 6 Avril 1935, p. 496-497). — B. et F. ont, au cours de ces six derniers mois, déterminé la teneur du sang des femmes éclamptiques en hormone folliculaire afin de savoir si la toxicose de la gestation a ou non le placenta pour origine. On sait d'ailleurs que cette hormone est augmentée normalement dans le sang au cours de la gestation. Lors de leurs recherches, B. et F. ont utilisé des souris blanches castrées dont la réactivité avait été préalablement déterminée. De plus, le sang employé était soumis à une méthode d'extraction.

Il a été ainsi examiné le sang de quatre gestantes atteintes de toxicose. Dans deux cas, il y avait éclampsie confirmée et dans deux cas éclampsie menaçante. La quantité de sang minima avec laquelle il a été possible de faire apparaître chez les souris le stade des grumeaux a été de 10 et de 13 cmc dans les deux premiers cas, de 10 et de 20 cmc dans les deux seconds cas. Ces chiffres se rapprochent des chiffres normaux tels qu'ils ont été déterminés par Siebke, bien qu'ils soient près de la limite supérieure.

Les recherches de Heim qui a trouvé dans l'urine d'éclamptique un excès considérable d'hormone s'expliquent peut-être par le fait qu'en pareil cas, l'urine présente un degré de concentration élevé en ce qui concerne les hormones, comme en ce qui concerne les autres principes.

P.-E. Morhardt.

B. Paul et F. von Végh. ***Epreuve du sel de cuisine dans les affections allergiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 14, 6 Avril 1935, p. 503-504). — Après administration de sel de cuisine par la bouche, le Cl du sang augmente chez les sujets sains dans une proportion qui atteint 40 à 50 pour 100, le retour à la normale se faisant en 2 heures. En cas d'affection du parenchyme hépatique, cette augmentation n'atteint que 30 pour 100 et parfois même n'existe pas. Cette différence pourrait être attribuée au fait que le foie malade possède un pouvoir anormal de fixation de NaCl et par suite une tendance à l'œdème. Or, au cours de ces dernières années, il a été montré avec une grande vraisemblance que le foie joue un rôle actif dans les maladies allergiques. Ainsi, en cas de cholécystopathie, Fodor et Kunos ont constaté 22 fois sur 100 de l'asthme, de l'urticaire, de la migraine, de l'eczéma, des colites, etc.

En ce qui concerne P. et V., ils ont presque toujours rencontré en cas d'affections allergiques un trouble des fonctions du foie et ils ont par la suite recherché si en pareil cas, il y avait un trouble des échanges salins et hydriques. Pour cela, ils ont soumis ces malades à un jeûne de 12 heures puis administré, par la sonde duodénale, 15 gr. de NaCl dissous dans 200 gr. d'eau. Le Cl du sang fut déterminé ensuite toutes les 10 minutes pendant les premières heures. Les sujets ainsi examinés étaient atteints d'asthme bronchique, d'urticaire, d'œdème de Quincke, de conjonctivite vernale, le cœur et les reins étant normaux et l'éosinophilie marquée. Il a été ainsi constaté que l'augmentation de NaCl du sang ne se produit que dans la moitié des cas. Dans tous les autres, le chiffre est tombé au-dessous des valeurs initiales. L'ascension, quand elle se produit, est toujours plus faible que normalement et le retour au chiffre initial ne s'est fait en 2 heures que dans deux cas. Ces courbes rappellent de beaucoup celles qui sont observées dans les affections du foie.

P.-E. Morhardt.

A. Jores et H. Beck. ***Nycturie et ulcus*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 15, 13 Avril 1935, p. 526-530). — Il a été déterminé chez une série importante de malades atteints d'ulcus, d'abord le volume de l'urine de jour et de nuit ainsi que les poids spécifiques. Tous ces malades étaient soumis à un régime très uniforme. Dans quelques cas, ils étaient nourris par la sonde duodénale de telle sorte que les volumes de liquides administrés étaient toujours égaux.

Au total, sur 31 cas d'ulcus dont le diagnostic avait été confirmé par l'examen aux rayons Rœntgen, il en est 22 qui présentaient une nycturie absolue.

Une autre série de malades chez lesquels le diagnostic d'ulcus gastrique ou duodénal n'était pas absolument démontré a présenté une nycturie beaucoup moins fréquente. Sur 20 cas, on n'en comptait que 7. A titre de contrôle, on a pris une série de 24 malades atteints d'affections très diverses et on a constaté seulement deux fois de la nycturie. Dans 17 cas, les relations étaient normales. De plus, pour éviter toute cause d'erreur, il a été pratiqué toutes les quatre heures, chez deux malades, une mensuration du volume de l'urine excrétée. Il a été ainsi constaté que la moyenne de l'urine excrétée par heure pendant la nuit dépasse sensiblement le chiffre trouvé pendant le jour.

Par ailleurs, il y a lieu de remarquer que l'ulcus est lié, pour certains auteurs, à une labilité végétative. En général, on trouve que ces malades présentent de la vagotonie pure ou accompagnée d'hyposympathicotonie. D'autre part, pendant le sommeil, on considère également que l'équilibre du système végétatif est déplacé au profit du vague. Ce déséquilibre s'accentuerait encore chez les malades atteints d'ulcus. En tout cas, ulcus et nycturie représentent deux phénomènes traduisant un trouble du système hypophyso-diencéphale, trouble dans lequel le centre des échanges hydriques a toute chance d'être intéressé, d'autant plus que certaines tumeurs de ce centre seraient, d'après Cushing, fréquemment accompagnées d'ulcus. B. a également observé un ulcus survenu dans un cas de tumeur pontocérébelleuse.

P.-E. Morhardt.

U. Simmert. ***Action diurétique des combinaisons mercurielles organiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 15, 13 Avril 1934, p. 530-532). — Il a été procédé par S. à une série de recherches sur les effets diurétiques d'un composé mercuriel (novurite). Les injections ont été faites en général dans les muscles ou, quand il y avait trop d'œdème, dans les veines. L'injection intrapéritonéale, pratiquée en cas d'ascite, a provoqué des douleurs. Sous cette influence, l'élimination de liquide a été dix à quinze fois plus grande qu'antérieurement, soit en moyenne 4 à 5 litres après une injection de 1 à 2 cmc.

Dans une expérience faite sur l'homme, S. a constaté que 1 cmc en injection intraveineuse a déterminé une excrétion de 680 cmc d'eau bien que pendant les 12 heures suivantes il n'ait été bu que 200 cmc d'eau. La diurèse a commencé 1 heure 1/2 après l'injection et a atteint son maximum au bout de 5 heures. La proportion de NaCl dans l'urine s'est élevée à 17,8 pour 100, c'est-à-dire à un chiffre très supérieur à la normale. En même temps, le NaCl du sang s'est élevé de 673 à 830 milligr. pour 100 gr. en 3 heures 1/2.

Dans un cas d'insuffisance mitrale décompensée, qui urinait en moyenne 300 cmc par jour, contenant 1 gr. de chlorure de sodium malgré un traitement digitalique prolongé pendant plusieurs semaines, il a été injecté dans les muscles 1 cmc de la préparation et la diurèse s'est déclenchée au bout de 4 heures pour persister toujours avec la même importance pendant 10 heures. Au total, il a été excrété 4 litres 1/2 d'urine contenant 42 gr. de chlorure de sodium et d'une densité qui était au début de 1.024 et qui est descendue à 1.009.

Dans cette diurèse, l'état de la circulation a une influence en ce sens que si l'énergie cardiaque est diminuée, la diurèse est moins importante. Dans les jours qui suivent l'injection, quelques malades accusent des sensations de fatigue, surtout s'il a été éliminé beaucoup de chlorure de sodium.

P.-E. Morhardt.

W Moraczewski, St. Grzyski, T. Sadowski et W. Gucwa. ***Influence des alcalins et des éléments végétaux sur l'acide urique du sang et sur l'excrétion des urates*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 16, 20 Avril 1935, p. 557-562). — Les recherches de M. et de ses collaborateurs ont été poursuivies chez des sujets auxquels il fut administré trois types de régime comportant toujours un même taux de purines. Dans le premier régime figuraient 1.000 cmc de lait, 400 gr. de pain blanc, 120 gr. de sucre de canne, 150 gr. de thymus, 50 gr. de beurre (2.760 calories avec 16 gr. 6 de sels minéraux). En dehors du lait, du thymus et du beurre, il était donné, dans le second type, 260 gr. de pain, 50 gr. de sucre et 600 gr. de pommes (2.736 calories avec 15 gr. 7 de sels minéraux) et dans le 3e type 600 gr. de pommes de terre avec réduction du pain et suppression du sucre (2.757 calories avec 18 gr. 7 de sels minéraux).

Chez les sujets soumis à ces divers régimes et qui sont les quatre auteurs, il a été examiné les divers éléments du sang et de l'urine. Il a été ainsi constaté que le taux des purines du sang et de l'urine varie suivant le régime. C'est pendant les périodes de régime n° 1 (sans pommes ni pommes de terre) que les purines du sang et de l'urine atteignent le maximum. Inversement, avec le régime comportant des pommes et des pommes de terre, ces chiffres sont faibles. Les urates varient d'ailleurs différemment suivant qu'il s'agit de pommes ou de pommes de terre.

Parmi les conclusions de ce travail, il y a lieu de noter que la diathèse uratique ne doit pas être identifiée avec l'accumulation d'urates dans l'organisme. Par contre, la rétention d'eau dans l'organisme appartient aux symptômes de la goutte. Les sujets dans la famille desquels il existe des goutteux répondent à une surcharge de graisse et d'hydrates de carbone par de la rétention d'eau. Par ailleurs, une synthèse des purines dans l'organisme n'est pas exclue. L'adjonction de pommes ou de pommes de terre au régime riche en purines augmente l'azote résiduel du sang. Il est donc possible que ces éléments soient capables d'exercer une inhibition importante de la synthèse des purines.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Assmann et Dembowski. ***Evolution et traitement d'une épidémie de typhoïde propagée par une laiterie en Septembre 1934 à Kœnigsberg*** (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 9, 1er Mars 1935, p. 325-329 et n° 10, p. 369-371). — Cette épidémie importante fut propagée par le lait d'une entreprise laitière importante comportant 13 magasins de vente, 223 sujets furent atteints et il y eut 20 morts. L'étude des conditions de propagation et des mesures prises pour enrayer l'épidémie montre l'importance de la collaboration intime entre les médecins et les cliniques hospitalières, d'une part, les organisations d'hygiène administrative d'autre part. Dès l'établissement du diagnostic une enquête fut faite qui montra l'origine commune des premiers cas observés : le jour même l'établissement était fermé et la vente du lait (environ 15.000 litres par jour) interdite. On autorisa la transformation de ce lait en fromages sous con-

ENTEROBYL

« La pathologie hepatique et intestinale est étroitement solidaire. »

« On ne soigne bien le foie qu'en traitant en même temps l'intestin et inversement. »

FOIE

STIMULE
les fonctions hépatiques

DRAINE
les voies biliaires

DESENSIBILISE
l'organisme

INTESTIN

DÉSINFECTE
la bile et le contenu intestinal

Laboratoire DEHAUSSY
66, Rue Nationale
· LILLE ·

POSOLOGIE - Cure de Drainage :
Granulés. — 1 à 4 cuillerées à café le matin, à prendre dans un demi verre d'eau à jeun
Cachets. — 1 à 4 pris dans les mêmes conditions.
Traitement d'entretien :
Granulés — 1 à 2 cuillerées à café par jour avant les repas.
Cachets. — 1 à 2 avant les repas.

trôle bactériologique. Grâce à ces mesures l'épidémie fut enrayée immédiatement et dans certaines villes tributaires de cette laiterie, la propagation fut presque nulle. L'origine de l'épidémie put d'ailleurs être établie par l'examen systématique des selles de tout le personnel employé dans les fermes fournissant le lait.

Quelques points cliniques sont à signaler:

L'incubation de la typhoïde chez les divers sujets adultes ou enfants atteints, a été de 9 à 20 jours, en moyenne **15 jours.**

On a noté la fréquence beaucoup plus grande de l'atteinte des femmes et des enfants, ce qui s'explique d'ailleurs du fait que l'agent de propagation était le lait.

Dans l'ensemble, en dehors des premiers cas, graves concernant les employés de la laiterie, la plupart des malades furent légèrement atteints.

La vaccination systématique de la population fut instituée à l'aide d'injections de vaccin à tous les sujets sains et d'ingestion de tablettes vaccinales aux enfants du premier âge et aux gardes-malades. Cette vaccination paraît s'être montrée efficace.

G. Dreyfus-Sée.

Abdulkadir-Lutfi. ***Intoxication mortelle par les graines du ricin*** (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 11, 15 mars 1935, p. 416-417). — Le malade avait été amené à la clinique pour des vomissements, de la diarrhée et un syndrome toxique apparu après absorption de 15 à 20 graines de ricin. Il survécut encore 12 jours et mourut après avoir présenté des signes de néphrite avec urémie et troubles de la circulation périphérique.

Les symptômes cliniques et anatomo-pathologiques de l'intoxication montrent que le poison agit surtout sur les vaisseaux et les cellules et détermine de petites hémorragies, des nécroses, de la congestion et de la dégénérescence au niveau des reins, du foie, du cœur et de la rate. Il est intéressant de noter que toutes les intoxications signalées ont été provoquées par l'ingestion des graines de ricin elles-mêmes et jamais par l'huile qui en est extraite.

G. Dreyfus-Sée.

S. Graff. ***Contribution à la pathogénie de la lympho-granulomatose*** (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 12, 22 Mars 1935, p. 450-452). — G. considère que la lympho-granulomatose débute fréquemment au niveau des voies respiratoires et digestives supérieures. Ses manifestations peuvent être cliniquement latentes ou prendre l'aspect de tumeurs malignes de la base du crâne. Ces diverses lésions auraient une importance capitale en ce sens qu'elles constitueraient le siège le plus important de l'infection primaire: il serait donc cliniquement aisé de les mettre en évidence précocement par rhinoscopie postérieure et ceci permettrait une thérapeutique radiothérapique dès le début.

Ces notions amènent à une conception pathogénique expliquant la constatation habituelle des premières manifestations cliniques au niveau des ganglions du cou.

La limitation précise du début de la maladie peut faciliter la découverte de l'agent spécifique de cette maladie infectieuse ainsi que sa distinction d'un certain nombre de tableaux cliniques proches, mais non identiques.

G. n'appuie ces conclusions absolues que sur quelques observations; il admet d'ailleurs que son « hypothèse de travail » laisse encore nombre de problèmes à résoudre et qu'une collaboration des médecins et des spécialistes oto-rhino-laryngologistes est indispensable.

G. Dreyfus-Sée.

R. Engel. ***« Catamnèse » et pronostic de l'hypertension*** (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 13, 29 Mars 1935, p. 498-501). — La catamnèse est l'histoire de l'évolution des malades depuis leur sortie de la clinique jusqu'à leur mort. Cette étude est importante au point de vue du pronostic de l'hypertension et ceci d'autant plus que les données statistiques maintes fois publiées sont loin d'être d'accord les unes avec les autres. Les divers renseignements utiles sont obtenus grâce à l'accord avec le médecin traitant et l'aide d'assistantes sociales ou de médecins de la clinique allant contrôler de temps à l'autre l'état des malades et les conditions dans lesquelles ils vivent.

Le pronostic paraît nettement influencé par le degré d'élévation de la pression; un deuxième point capital est constitué par la localisation viscérale dominante: cœur, cerveau, rein, fond d'œil. Sur 1.012 hommes ayant quitté la clinique, 512 sont morts peu d'années après. La population citadine paraît moins résistante que les paysans; la situation sociale, les professions jouent également un rôle dans le pronostic. Les conditions locales, l'organisation des soins, les habitudes régionales exercent une influence telle qu'on ne peut appliquer dans une autre région les données établies lors de l'étude faite systématiquement dans un pays déterminé.

G. Dreyfus-Sée.

Gundel et **Wallbruch.** ***La pneumonie lobaire, maladie épidémique*** (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 14, 5 Avril 1935, p. 539-541). — La pneumonie lobaire paraît nettement déterminée par une infection due, le plus souvent, au pneumocoque de type **1**, **2** et **3**; de même que toutes les infections, il n'est pas extraordinaire de constater qu'elle peut prendre un aspect épidémique. On n'a pas signalé jusqu'à présent d'épidémie réelle de pneumonie, mais G. et W. ont observé dans un village de 300 habitants une épidémie atteignant 19 individus dans 12 familles. L'affection parut propagée par l'intermédiaire de l'école et a évolué en trois foyers différents, comportant 14 pneumonies droites, 2 pneumonies gauches et 3 pneumonies atypiques. L'examen bactériologique montra dans 17 cas le pneumocoque du type I. L'examen systématique des sujets sains dans l'entourage des malades mit en évidence un très grand nombre de porteurs de germes: environ 1 pour 100 de la population. Il semble donc s'être agi d'une véritable épidémie et le rôle déclanchant paraît être attribuable à une petite épidémie grippale survenue à ce moment.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

Bodechtel. ***Le traitement des troubles de la miction par l'hormone sexuelle masculine*** (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 6, 7 Février 1935, p. 219-221). — B. a traité ainsi des malades atteints de troubles de la miction d'origine nerveuse: scléroses multiples, troubles spastiques, compressions médullaires, etc...

Il a obtenu quelques résultats favorables, sans cependant que son petit nombre d'observations permette de conclure de façon définitive. Ces quelques succès lui paraissent dus à l'amélioration de la circulation dans les organes génito-urinaires qui serait déterminée par les extraits orchitiques. Certains troubles du tonus, des cystites, voire même des énurésies, pourraient être favorablement influencés.

Quelques essais pratiqués chez les femmes à l'aide d'hormone sexuelle féminine ont donné des résultats encourageants.

G. Dreyfus-Sée.

O. Schnitzler. ***Signification des traumatismes professionnels ou sportifs dans le déterminisme de la maladie de Dupuytren*** (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 7, 14 Février 1935, p. 248-249). — La cause exacte de la rétraction de l'aponévrose palmaire demeure discutée. Le rôle de l'hérédité est indiscutable dans nombre de cas, mais il importe d'établir l'influence déterminante des traumatismes répétés soit par l'exercice d'une profession, soit au cours d'un entraînement sportif.

L'étude systématique de 120 malades a montré que l'affection paraissait influencée par les métiers entraînant de fréquents traumatismes de la paume de la main. La maladie est d'autant plus accentuée que l'irritation provoquée par les instruments est plus prolongée et plus intense. Chez des sujets prédisposés, les circonstances professionnelles jouent donc un rôle déterminant important dont il y aura lieu de tenir compte. Par contre un traumatisme unique occasionnel ne paraît excercer aucune influence.

G. Dreyfus-Sée.

L. Rappolt. ***L'utilisation de la réaction de Takata modifiée dans les maladies du foie*** (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 7, 14 Février 1935, p. 253-255). — Cette réaction a été décrite par Takata et Ara pour permettre le diagnostic des affections du système nerveux; elle portait sur l'examen du liquide céphalo-rachidien. Son principe est le suivant: une solution de sublimé et de carbonate de soude mise en présence de substances albuminoïdes fournit une solution colloïdale d'oxyde de mercure. Il se produit une floculation par augmentation de la proportion de globuline des matières albuminoïdes. Cette floculation augmente lorsque s'accroît le taux de globuline alors qu'elle est inhibée par l'albumine. R. a utilisé la réaction modifiée pour devenir applicable au sérum sanguin de malades suspects d'affections hépatiques, 348 cas ont été examinés avec les résultats suivants:

1° Les cirrhoses hépatiques: certaines fournissent 85 pour 100 de réactions positives. Les cirrhoses au début: 81 pour 100 de résultats positifs.

2° L'alcoolisme chronique, sans cirrhose, donne constamment une réaction négative;

3° Les ictères et autres affections hépatiques ont donné 20 pour 100 de résultats positifs. Dans tous ces cas une lésion accentuée du foie a été observée;

4° Dans diverses autres affections on a obtenu 3,7 pour 100 de réactions positives. La plupart de ces malades présentaient des affections hépatiques.

Dans tous les cas où la réaction de Takata était positive on a constaté une augmentation du taux de globuline du sérum. Il n'y avait pas de parallélisme entre le degré de la réaction et l'élévation du taux de la globuline. Dans l'ensemble, cette réaction paraît fournir des résultats intéressants en ce qui concerne le diagnostic des maladies du foie et en particulier des cirrhoses.

G. Dreyfus-Sée.

K. Oxenius. ***Le traitement de la varicelle*** (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 8, 21 Février 1935, p. 294-295). — A l'occasion d'une épidémie de varicelle assez importante, O. envisage le traitement de cette affection à deux points de vue différents:

1° Esthétique;

2° Prophylactique.

Les cicatrices de la varicelle surviennent essentiellement après grattage. Le traitement classique de la maladie exige le repos au lit. Or, l'enfant au lit se gratte beaucoup plus: parce que son prurit est plus important, parce qu'il s'ennuie davantage, et enfin parce que ses vêtements de nuit facilitent le grattage. C'est pourquoi il semble plus logique de laisser l'enfant debout et même s'il fait suffisamment beau, de le laisser jouer dehors.

En ce qui concerne la prophylaxie des néphrites, elles ne paraissent pas survenir plus facilement chez les varicelleux non immobilisés.

Le traitement local par pommade, poudre ou plutôt badigeonnage de solution anti-prurigineuse, peut être complété, si besoin est, par une dose légère de pyramidon; les bains tièdes sont souvent utiles.

L'éviction scolaire actuelle de trois semaines paraît exagérément prolongée: après le 10e jour les manifestations cutanées ayant pratiquement disparu, l'enfant devrait pouvoir retourner en classe.

Enfin, les cas souvent cités de récidive de varicelle semblent dus à des erreurs de diagnostic, la varicelle étant immunisante.

G. Dreyfus-Sée.

H. Siegmund. ***Preuves anatomiques des troubles du tonus et de la motilité du tube digestif chez les encéphalitiques traités par l'atropine*** (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 12, 21 Mars 1935, p. 453-454). — 6 autopsies et plusieurs examens cliniques et radiologiques ont permis d'établir que le traitement atropinique continu des parkinsoniens post-encéphalitiques était susceptible de déterminer des troubles graves au niveau du tube digestif: mégasigmoïde, mégacôlon avec stase stercorale et iléus ou dilatation gastrique aiguë pouvant entraîner une mort rapide.

Le rôle de l'atropine dans ces accidents est d'autant plus vraisemblable que des phénomènes analogues n'ont jamais été observés chez les encéphalitiques non traités par le médicament. En outre, l'examen systématique clinique et radiologique de 7 sujets encéphalitiques subissant le traitement atropinique a montré des troubles fonctionnels important du tube digestif.

Il est probable que ces phénomènes sont dus aux altérations du système nerveux végétatif, l'atropine agissant sur le para-symphatique.

S. insiste sur le fait que ces observations doivent rendre prudent et qu'il est indispensable de surveiller les malades en cure ambulatoire, afin de parer à ces redoutables complications. Dans ces conditions seulement l'administration de l'atropine, médication précieuse et irremplaçable pour les parkinsoniens, pourrait être réglée de façon à ne pas faire courir de risque au malade.

G. Dreyfus-Sée.

Fedtke. ***Le traitement de la maladie de Bang par vaccination*** (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 14, 4 Avril 1935, p. 536-537). — La maladie de Bang, humaine, est actuellement bien connue depuis une dizaine d'années. Elle est caractérisée par une fièvre persistante pendant des semaines ou des mois avec peu de signes généraux, légère splénomégalie et leucopénie notable; plus rarement hypertrophie hépatique et ictère léger. La contagion se fait habituellement par l'absorption du lait cru de vaches malades. Le traitement était jusqu'à présent, essentiellement symptomatique. Les observations concernant des malades traités par vaccination sont relativement rares. F. a eu l'occasion de pratiquer la vaccinothérapie pour un malade atteint de maladie de Bang, vérifiée bactériologiquement et qui offrit la particularité de présenter des manifestations basedowiennes avec augmentation du M. B. de 83 pour 100 quelques semaines après le début de la maladie.

Le traitement par vaccin en utilisant une grande quantité de microbes (1.000 millions à trois reprises tous les deux jours, puis 2.000 millions trois jours de suite) détermina des accès de fièvre intense après chaque injection, mais amena une amélioration rapide des signes cliniques et en particulier des manifestations hyperthyroïdiennes. Les résultats obtenus dans ce cas doivent encourager l'emploi du vaccin à doses élevées dans le traitement de la maladie.

G. Dreyfus-Sée.

Gerson et Weisl. ***Régime riche en potassium et en liquide dans le traitement de l'insuffisance cardiaque*** (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 15, 11 Avril 1935, p. 571-574). — Le régime préconisé par G. et W. est déchloruré, pauvre en albumine et a une valeur calorique relativement peu élevée. Son pouvoir diurétique est surtout marqué si l'on donne abondamment des liquides: en particulier du jus de pommes. La diurèse est obtenue même lorsque le traitement par le Salyrgan a échoué. Au début de la cure on pratiquera une saignée et des lavements abondants et répétés seront indispensables.

L'action du régime, déterminé empiriquement, peut être expliqué par sa composition: *a*) pauvreté en albumine; *b*) apport considérable de potassium et relative pauvreté en sodium; c) déchloruration avec apport abondant de liquide riche en potassium, ce qui provoque une modification du métabolisme des substances aqueuses.

La pauvreté en albumine du régime détermine, en partie, son action excitante qui peut même être mise en évidence par l'examen du sang de sujets sains ainsi traités.

G. Dreyfus-Sée.

ZEITSCHRIFT für UROLOGISCHE CHIRURGIE
(Leipzig)

H. Schranz (Weilburg). ***Contribution à l'étude de la décapsulation bilatérale des reins*** (*Zeitschrift für Urologie*, t. **29**, 17 Mai 1935, n° 5, p. 375-376). — La question de la décapsulation dans les néphrites aiguës est à l'étude; S. apporte un résultat éloigné très favorable.

Il s'agissait d'une enfant de 10 ans qui, à la 8e semaine d'une scarlatine, fit une néphrite grave avec anurie. La double décapsulation eut un résultat immédiat très satisfaisant puisque la diurèse se rétablit rapidement.

S. a revu sa malade 9 ans après en excellent état, ne présentant aucun signe de déficience rénale.

Bernard Fey.

THE LANCET
(Londres)

Davies, Hodgson et Whitby. ***Etude de la pneumonie à pneumocoque*** (*The Lancet*, n° 5823, 6 Avril 1935, p. 791-796). — En consultant les différentes statistiques, on voit que, dans les pays anglo-saxons, la mortalité de la pneumonie est très élevée. Certaines statistiques donnent le chiffre de 40 pour 100, d'autres celui de 20 à 25 pour 100 de mortalité.

Le pneumocoque du type I est responsable à lui tout seul de plus du 1/3 du nombre total des pneumonies. Il donne le type classique de la pneumonie du jeune sujet en bonne santé, la pneumonie franche aiguë lobaire.

Sur 19 malades atteints de pneumonie du type I, traités par le sérum, 2 moururent, l'un de méningite, l'autre de pleurésie purulente bilatérale. Dans ce groupe, l'hémoculture fut positive chez 4 malades qui guérirent par la sérothérapie.

L'effet du sérum sur les symptômes n'est pas douteux et les publications américaines montrent la réduction de la mortalité depuis son emploi, mais il faut que ce traitement soit appliqué précocement.

André Plichet.

Hurst. ***Stérilité et psychonévrose consécutives à la sympathectomie lombaire*** (*The Lancet*, n° 5823, 6 Avril 1935, p. 805-806). — La sympathectomie lombaire a été souvent pratiquée dans ces dernières années dans les cas de mégacolon, de constipation opiniâtre. D'une technique facile, elle laisse toutefois des séquelles qui ont de grands inconvénients. Learmonth a signalé des cas suivis de troubles génitaux: l'érection peut se faire mais l'éjaculation n'a pas lieu.

Chez la femme, on n'a signalé aucune séquelle génitale. Il est vrai que la sympathectomie lombaire est pratiquée dans la plupart des cas chez des femmes âgées.

Chez l'homme donc, il faut se garder de pratiquer cette opération sans avoir des raisons sérieuses. Chez l'enfant, le consentement des parents n'est pas suffisant pour empêcher l'action judiciaire. Chez l'adulte, il faut, après l'avoir mis au courant des conséquences possibles de cette opération, obtenir son consentement écrit. Mais, même dans ce cas, il faut toujours redouter le développement d'une psychonévrose. H. cite 2 cas chez lesquels il observa en même temps que les troubles génitaux précités une véritable psychose.

André Plichet.

Davies, Hodgson et Whitby. ***La pneumonie à pneumocoque*** (*The Lancet*, n° 5824, 13 Avril 1935, p. 849-853). — La pneumonie du type II est plus grave que celle du type I. Elle ne revêt pas l'allure de la pneumonie classique. Elle est habituellement accompagnée d'une toxémie profonde et se termine moins souvent par une crise. 9 pour 100 des pneumonies sont représentées par ce type. Non traitée par le sérum, la mortalité est de 45 pour 100; traitée, elle est de 40 pour 100. Le sérum agit peu dans cette pneumonie.

La pneumonie du type III est la plus grave de toutes. Elle représente 15 pour 100 des pneumonies. Elle atteint surtout le vieillard. La mortalité dépasse 45 pour 100.

La pneumonie du type IV est responsable de 30 pour 100 des cas. La mortalité est plus basse, 14 pour 100 environ. Elle semble être la pneumonie de l'enfance.

L'examen d'un pneumonique est incomplet si on ne détermine pas le type du pneumocoque infectant. C'est aussi utile que la détermination d'un bacille typhique en cause dans une fièvre typhoïde. Il est souvent difficile de faire cette recherche dans les trois premiers jours de la pneumonie, au moment d'ailleurs où elle serait le plus utile pour l'application de la sérothérapie. Si ce traitement est appliqué précocement, la fièvre tombe rapidement et on voit une amélioration se produire dans les cas de pneumonie grave avec toxémie profonde et cyanose.

Pour juger de la marche de la pneumonie, la recherche de la leucocytose est un bon moyen. 20.000 à 30.000 globules blancs sont d'un bon pronostic. Une leucopénie ou un chiffre normal de leucocytes doivent faire redouter une pneumonie grave. Mais il faut que cette leucocytose tombe en même temps que la température.

André Plichet.

Stanley Banks. ***Note sur l'antitoxine méningococcique de Ferry dans le traitement de la méningite cérébro-spinale aiguë*** (*The Lancet*, n° 5824, 13 Avril 1935, p. 856-858). — En 1931, Ferry, Norton et Steele découvrirent que les filtrats, provenant de jeunes cultures des 4 types de méningocoques reconnus par Gordon, contenaient des toxines extra-cellulaires spécifiques pour chacun de ces groupes et une toxine commune.

Ces toxines spécifiques inoculées aux animaux produisent des antitoxines qui neutralisent aussi bien ces toxines que la toxine commune. Un sérum polyvalent ainsi fabriqué contient donc des antitoxines contre les 4 types de méningocoques.

B., au cours d'une récente petite épidémie, à Londres, a appliqué cette antitoxine. Sur 25 cas, il a eu 7 morts. Il semble que cette antitoxine agisse favorablement surtout dans les cas de mé-


CAFÉINE
HOUDÉ
GRANULÉE
SOLUBLE
TONIQUE GÉNÉRAL
DE L'ORGANISME
ANTINEURASTHÉNIQUE
PUISSANT EUPNÉIQUE
CONVALESCENCE
SURMENAGE
SPORTS
TITRÉE A 2 °/。 DOSE :
I cuillerée dans la matinée
I dans l'après-midi.
HOUDÉ
100 Grammes
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

ningite due à des méningocoques du type I et III, car sur 4 cas de méningite du type II, trois moururent.

Il semble que, sauf dans le type II, cette antitoxine soit supérieure au sérum ordinaire. On injecte 15 à 25 cmc par ponction lombaire ou par ponction cisternale et 80 à 150 cmc en deux fois dans les veines jusqu'à ce que le liquide s'éclaircisse.

André Plichet.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

H. H. Turner. ***Traitement du diabète insipide par l'intermédine et la pitmélanine*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 3, Mai 1935, p. 275-283). — En raison des effets secondaires fâcheux de la pituitrine extraite du lobe postérieur de l'hypophyse, T. a eu recours, pour traiter le diabète insipide, à une hormone hypophysaire isolée par Zondek et Krohn en 1932, l'intermédine, qui possède seulement l'action spécifique des extraits pituitaires sur les mélanophores, à l'exclusion des actions ocytocique, génitotrope, hypertensive, hyperglycémiante et stimulant la croissance. T. a employé cette substance en injections sous-cutanées, de même qu'une substance voisine, la pitmélanine, dans 5 cas de diabète insipide, et a comparé leur action à celle de la pituitrine ordinaire et à celle de la pitressine (principe hypertenseur de l'hypophyse).

Chez tous les patients l'intermédine détermina une diminution de la diurèse et de la soif, mais la réponse fut moins marquée qu'après l'injection d'une quantité équivalente de pituitrine. Les patients donnèrent la préférence à l'intermédine et à la pitmélanine, en raison de l'absence d'effets hypertensifs. Chez un malade les troubles purent être très atténués par l'ingestion de lobe postérieur.

En somme, l'intermédine et la pitmélanine renferment les facteurs antidiurétiques de l'hypophyse et sont précieuses pour combattre les symptômes du diabète insipide.

P.-L. Marie.

E. Allen, W. U. Gardner et **A. W. Didle.** ***Effets expérimentaux de la thééline et de la galactine sur le développement et la fonction des glandes mammaires du singe*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 3, Mai 1935, p. 305-313). — Chez 10 *Macacus rhesus* se trouvant à des stades divers de la maturité sexuelle, A., G. et D. ont pratiqué des injections de galactine ou de prolactine, hormones hypophysaires capables de stimuler la sécrétion lactée. Certains animaux reçurent préalablement des injections d'hormone folliculaire (thééline).

La lactation fut déclenchée chez 4 adultes et chez un animal qui venait d'atteindre sa maturité sexuelle, à la suite de l'injection de 6 à 9 unités-lapin de galactine ou de prolactine. 3 des adultes possédaient un ou deux ovaires; les deux autres avaient été ovariectomisés et avaient reçu préalablement 2.200 et 1.700 unités-rat de thééline. Le traitement par la galactine avait été commencé chez 3 des animaux normaux ci-dessus, le 3e, le 15e et le 20e jour du cycle menstruel.

Chez les 5 autres animaux, l'hormone lactopoïétique, injectée à la dose de 3 à 13 unités-lapin ne produisit pas la lactation; 3 d'entre eux venaient d'atteindre la maturité sexuelle et 2 étaient impubères; l'un d'eux avait été ovariectomisé. On avait injecté chez tous 1.300 à 1.700 unités-rat de thééline avant de commencer le traitement par l'hormone lactopoïétique.

Il semble donc qu'il faille que la maturité sexuelle et que le développement morphologique des glandes mammaires soient complets pour que la galactine ou la prolactine donnent une réponse positive; les glandes incomplètement développées des jeunes singes ne réagissent pas.

On n'observa pas de modifications histologiques au niveau de l'appareil génital ni de la thyroïde ni des parathyroïdes, ni de l'hypophyse, ni des surrénales pouvant être attribuées aux injections d'hormone stimulant la lactation.

P.-L. Marie.

REVISTA MEDICA DEL ROSARIO
(Rosario)

T. Minnhaar. ***L'action expérimentale du « sarandi blanc » sur la glycémie du chien normal et diabétique*** (*Revista Medica del Rosario*, t. **24**, n° 11, Novembre 1934). — On avait observé que les diabétiques d'un service hospitalier toléraient une ration plus importante d'hydrates de carbone après ingestion de « sarandi blanc », plante indigène.

M. administre une infusion de cette plante, par voies digestive, sous-cutanée ou intraveineuse, à la dose de 50 centigr. par kilogramme, à des chiens à jeun depuis 24 heures, normaux ou rendus diabétiques par extirpation du pancréas.

Il observe des vomissements, une défaillance de l'état général, parfois des convulsions immédiates et des abcès nécrotiques aux lieux d'injection.

L'injection détermine, chez le sujet normal, une ascension transitoire de la glycémie, dans la majorité des 32 expériences, parfois une chute initiale suivie de réascension. On n'obtient aucune modification chez le sujet diabétique. L'écorce de la plante, injectée seule, produit une chute légère chez le sujet normal.

G. d'Heucqueville.

A. C. Kunz. ***L'insuffisance hypophysaire antérieure, cause de l'avortement habituel*** (*Revista Medica del Rosario*, t. **24**, n° 11, Novembre 1934). — 5 observations de femmes, dont toutes les grossesses antérieures avaient été interrompues par des avortements et qui, sous l'action d'un traitement à base de corps jaune et de prolan, ont pu mener une grossesse à terme.

Le corps jaune prolonge la rétention du fœtus, antagoniste, à cet égard, de la folliculine et de la pituitrine, qui tendent à déclancher son expulsion.

Le prolan, sécrétion de l'hypophyse, règle la prolifération et la lutéinisation. Quand il s'élimine par l'urine pendant la grossesse, l'organisme s'appauvrit, et, privé des prolans qui lui sont nécessaires comme par une ablation de l'hypophyse, est prédisposé à l'avortement.

G. d'Heucqueville.

HELVETICA MEDICA ACTA
(Bâle)

K. Rohr. ***Signification diagnostique de la ponction sternale*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **1**, n° 6, Mai 1935, p. 713-722). — R. a eu l'occasion de procéder à la clinique de O. Naegeli, au cours de ces deux dernières années, à 200 ponctions sternales. Il rappelle à ce propos que la moelle normale présente une structure essentiellement neutrophile, myélocytaire, normoblastique avec quelques lymphocytes, de rares monocytes, éosinophiles, basophiles, myéloblastes, mégacaryocytes avec cellules réticulo-endothéliales. Les constatations les plus typiques sont faites en cas d'anémie pernicieuse. On note la présence de mégaloblastes immatures avec noyaux en réseau fin. Ces mégaloblastes n'ont jamais été retrouvés dans d'autres maladies et disparaissent en quelques jours sous l'influence de l'hépatothérapie. Dans cette maladie il existe également des neutrophiles géants.

Inversement, en cas d'anémie aplastique, on constate une aplasie marquée de la moelle avec transformation graisseuse. Dans les myéloses la ponction sternale donne également des renseignements pour le diagnostic des formes aiguës, aleucémiques et subleucémiques, car on y note une prédominance des myéloblastes qui ne se retrouvent parfois pas dans le sang. En outre, on constate un hiatus leucaemicus d'une façon très caractérisée, c'est-à-dire l'absence complète de formes intermédiaires entre les myéloblastes et les leucocytes mûrs, ce qui différencie les formes aiguës des formes chroniques.

En cas d'agranulocytose, il y a diminution ou absence complète de neutrophiles mûrs ou jeunes et augmentation des éléments réticuloendothéliaux. Dans les thrombopénies et notamment dans la maladie de Verlhof, on trouve un amas de mégacaryocytes. Ces formations ont souvent des dimensions considérables et un plasma basophile vacuolisé. Enfin dans les métastases osseuses, on peut retrouver en pleine moelle un complexe de cellules anormales qui correspond à de petites métastases: cellules géantes à noyaux de forme bizarre et nucléoses remarquablement grandes et bleues caractéristiques. Ce travail est illustré de nombreuses figures.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE D'ORTHOPEDIE
(Paris)

Marcel Fèvre. ***Résultats éloignés du traitement des paralysies spasmodiques de l'enfance*** (*Revue d'orthopédie*, série 3, t. 22, n° 3, mai 1935, p. 220). — L'auteur a réuni les cas de maladie de Little et d'hémiplégie spasmodique infantile observés de 1927 à 1934 à la clinique chirurgicale infantile de Paris.

62 enfants ont été opérés pour maladie de Little et 5 pour hémiplégie spasmodique. L'étude des résultats éloignés amène F. à formuler les conclusions suivantes :

Dans la maladie de Little le meilleur traitement paraît être : en cas d'équinisme du pied, l'allongement par dédoublement du tendon d'Achille ; en cas de flexion du genou une opération de Stoffel complétée si besoin par allongement des ischio-jambiers ; en cas d'adduction de la cuisse une opération de névrotomie complétée par une section partielle des tendons des adducteurs.

A noter que les opérations tendineuses ne donnent que des résultats moyens.

Les hémiplégies cérébrales infantiles posent en général des problèmes thérapeutiques très voisins de ceux posés par la maladie de Little.

F. insiste sur la variabilité des résultats obtenus dans ces affections : cette variabilité semble tenir à trois facteurs : le degré de maladie, le degré d'intelligence du sujet, la patience des parents.

Ces enfants sont souvent des arriérés temporaires et non des idiots : leur intelligence s'éveille lorsqu'on s'occupe d'eux : c'est dire l'importance du rôle des parents dans l'obtention d'un bon résultat. ALAIN MOUCHET.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Berlin)

Ilse Mühe. ***Nocivité de l'iode en tenant plus spécialement compte de la nocivité du sel complet*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 177, n° 4, 8 Avril 1935, p. 345-367). — Ce travail qui vient de la clinique universitaire de Munich (F. von Müller) débute par un historique de l'emploi de l'iode dans le traitement du goitre. Parmi les cas observés entre 1919 et 1930, il a été constaté environ 600 cas dont 433 (70 pour 100) étaient atteints d'hyperthyroïdisme. Le nombre de ces cas qui était égal ou inférieur à 30 par année avant 1926 s'est brusquement élevé à plus de 90 en 1929. Au point de vue étiologique, ces cas d'hyperthyroïdie peuvent être classés en deux groupes, un groupe endogène et un groupe exogène. Dans le second groupe figurent 113 cas. Répartis par année, ces cas donnent une courbe qui augmente régulièrement jusqu'en 1928 où il fut observé près de 30 cas. Remarquons que la statistique des cas endogènes donne une courbe tout à fait analogue : une dizaine de cas furent observés en 1923 et plus de 70 en 1929. Dans tous ces cas, l'agent pathogène a été l'iode, car après sa suppression, il est survenu une amélioration de l'état caractérisée par une cessation de l'amaigrissement. L'emploi de l'iode a été le plus souvent motivé par le désir de supprimer le goitre pour des raisons esthétiques ou parce qu'il provoquait des troubles respiratoires.

Quant au sel complet, il a été consommé dans 50 cas. Dans 24 de ces cas, il s'agissait de faire disparaître un goitre soit d'adulte, soit d'enfant. Dans 26 cas, ce sel avait été consommé parce que la réclame le représente comme utile. De plus, sur ce total de 50 cas, il en était 37 dans lesquels la consommation d'iode sous une forme autre que le sel iodé a pu être éliminée avec la plus grande vraisemblance. Chez ces malades, le métabolisme de base a été augmenté en moyenne de 47 p. 100. Le début de la maladie est survenu entre deux mois et deux ans après le début de la consommation du sel complet.

Il est donné, en terminant, l'observation d'un certain nombre de malades et d'abord de 3 cas d'hyperthyroïdisme qui ont été aggravés par l'administration d'iode, de 2 cas dans lesquels l'iode pris à titre de médicament a déclanché des phénomènes de thyrotoxicose. Enfin, il est donné l'observation de 4 cas de mort par hyperthyroïdie survenue après consommation de sel complet, puis trois observations où le sel complet a eu des effets moins graves.

M. conclut que la prophylaxie iodée du goitre ne doit pas être continuée sous cette forme en Bavière et que seuls les médecins doivent pouvoir prescrire les médicaments nécessaires, la méthode du sel complet s'étant montrée dangereuse.

P.-E. MORHARDT.

Th. Mauss et **H. Krüger.** ***Affections inflammatoires chroniques autonomes de la queue de cheval et leur traitement*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 177, n° 4, 8 Avril 1935, p. 382-402). — M. et K. donnent l'observation d'abord d'une femme de 43 ans ayant fait à plusieurs reprises des coliques néphrétiques puis une fistule recto-vaginale à la suite de laquelle il est survenu des troubles neurologiques dont il est donné le détail et qui font faire le diagnostic d'affection de la queue de cheval correspondant aux arcs lombaires 2 à 5. On procède à une laminectomie qui permet de constater l'existence d'arachnite chronique circonscrite adhésive avec méningite séreuse. L'intervention débarrasse la malade de tous ces troubles. Les deux autres observations sont assez superposables. Dans les 3 cas, la syphilis ni la tuberculose ne sont en jeu. Dans le premier cas, on peut penser que l'abcès périrectal a été à l'origine de l'affection de la queue de cheval. Dans le second cas, il y a dans les antécédents du malade une sciatique puis une polyarthrite sévère qui a peut-être intéressé les vertèbres lombaires et secondairement les racines provenant de la queue de cheval. Dans le troisième cas, l'étiologie est tout à fait obscure.

Chez ces divers malades, on a constaté par la laminectomie, une tension de la dure-mère qui était tantôt œdémateuse et luisante, tantôt pâle et mate. La pie-mère présentait des troubles et du gonflement œdémateux. Les racines de la queue de cheval étaient entourées de membranes adhérant entre elles et avec les méninges et pouvant être d'ailleurs enlevées par fragments.

Il paraît difficile de distinguer nettement cette forme de la névrite ordinaire des racines de la queue de cheval. La symptomatologie de ces affections est constituée d'abord par les douleurs qui sont à l'origine localisée à la région lombaire puis s'étendent progressivement le long des troncs nerveux. Un second symptôme est constitué par l'hyperesthésie étendue aux régions innervées par les racines malades. Des phénomènes d'irritation motrice n'ont été observés que dans un cas et ont été constitués par des contractions spontanées nocturnes de la jambe saine. Des contractures durables du mollet ou de la plante des pieds ont été constatées dans 2 cas. Le stade de la paralysie peut être tardif. Seuls quelques muscles sont intéressés, la plupart continuant à fonctionner d'une façon plus ou moins normale. Les diverses formes de sensibilité sont également atteintes de façon variable.

Quant à la localisation des lésions, elle a été en général assez facile. Néanmoins, la détermination de la hauteur à laquelle les racines étaient atteintes a soulevé quelques difficultés surtout en ce qui concerne la question de savoir si le processus pathologique se passait à l'intérieur de la dure-mère ou dans la région de la queue de cheval. Le myélogramme n'a pu être utilisé dans aucun de ces 3 cas, les deux premiers ayant été observés avant que cette méthode ne devînt en usage et le troisième n'ayant pas paru susceptible de supporter cette intervention.

Au point de vue traitement, il y a lieu de remarquer qu'un bon nombre de ces affections réagit sous l'influence des méthodes locales et générales de révulsion qui sont employées en cas de névrite. Les injections épidurales paraissent également fort utiles et elles ont l'avantage de pouvoir être faites en consultation. Les ponctions lombaires ont également donné des résultats entre les mains de certains auteurs. Mais s'il existe une stase du liquide céphalo-rachidien, seule une intervention chirurgicale pourra amener la guérison. Dans les autres cas, les injections épidurales de solutions salées ont permis à M. et K. d'obtenir sur 70 cas observés entre 1925 et 1933, une guérison ou une rémission prolongée dans un tiers des cas, une diminution des douleurs et des exacerbations dans deux tiers des cas. Dans le tiers restant, les résultats ont été nuls en partie parce que la durée des observations a été trop courte. Dans 2 cas, il y a eu aggravation sous l'influence de ces injections. L'un d'eux est précisément le malade dont il est donné l'observation et l'autre a eu une fracture avec luxation des 2e et 3e vertèbres lombaires avec cal consécutif. Dans ces 2 cas, la réduction de l'espace épidural a fait que l'injection augmentait la compression des racines.

P.-E. MORHARDT.

W. Gros. ***La question des modifications régulières de la composition protéinique du sang en cas de myélomes multiples*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 177, n° 5, 15 Mai, p. 461-474). — Il est d'abord donné l'observation d'une femme de 55 ans qui présente une douleur sternale remarquable quand on ausculte le cœur, une achylie réfractaire à l'histamine, de l'albumine dans l'urine, mais pas d'albumine de Bence Jones et enfin, dans le crâne et dans certains os, des aires claires nettement arrondies qui font faire le diagnostic de myélomes multiples. La ponction sternale permet de retrouver des plasmazellen lymphatiques. Ce diagnostic avait déjà été rendu assez vraisemblable par la constatation dans le sérum de 11,4 pour 100 de protéines totales. Une analyse plus complète a montré que cette hyperprotéinémie était due surtout à la globuline (8,08 à 9,14 p. 100) le fibrinogène étant normal. Par ailleurs, ce cas présente la particularité que c'est surtout les pseudoglobulines I (2,43 pour 100) et II (5,61 pour 100) qui sont augmentées contrairement à ce qui est observé dans les autres cas de myélome où c'est l'englobuline qui est augmentée.

D'une façon générale, il a été constaté au cours de l'évolution de la maladie, que la proportion de protéines facilement précipitables et notamment de la pseudoglobuline I augmentait.

Dans un second cas dont l'observation est donnée, les protéines totales du sérum atteignaient 6,78, la globuline totale 2,22 pour 100 dont 0,72 pour l'euglobuline, 0,88 pour la pseudoglobuline I et 0,62 pour la pseudoglobuline II. Ce malade est mort de bronchopneumonie et il a été constaté à l'autopsie un myélome multiple intéressant diverses parties du squelette. Dans la moelle osseuse, on trouve des cellules dont la nature ne peut pas être exactement déterminée.

En dressant un tableau des 14 cas connus dans lesquels l'analyse des protéines du sang a été faite, G. arrive à les répartir en quatre groupes: ceux dans lesquels il y a hyperglobulinémie avec euglobulinémie et albuminurie de Bence Jones; ceux dans lesquels il y a hyperglobulinémie et euglobulinémie, mais pas d'albuminurie de Bence Jones; la première observation de G. avec hyperprotéinémie, pseudoglobulinémie, mais pas d'albuminurie de Bence Jones et enfin les cas où les diverses proportions de protéines du sang sont normales et où il y a albuminurie de Bence Jones.

Dans un troisième cas de G., il s'agit d'un malade de 53 ans qui présente une albuminurie très élevée, avec hyperprotéinémie (14,8 pour 100) mais pas d'albuminurie de Bence Jones. A l'autopsie, on constate l'existence d'une leucémie myéloïde. Il faut donc considérer que la métaplasie myéloïde peut être dans ce cas comme dans les autres, la cause de cette modification du sang.

La réaction de Takata, quand elle est positive, est généralement considérée comme un signe d'une augmentation de la proportion des globulines. Cependant, dans la 1re observation, seule la proportion des pseudoglobulines était modifiée alors qu'en cas de cirrhose hépatique, affection dans laquelle cette réaction est également positive, la proportion totale des globulines est augmentée. Il faut donc admettre que pour que la réaction de Takata devienne positive, une augmentation des pseudoglobulines I peut suffire.

P.-E. Morhardt.

Otto Gsell. ***Pleurite séreuse par infarctus*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 5, 15 Mai 1935, p. 475-485). — G. a étudié un total de 200 infarctus pulmonaires hémorragiques aseptiques ne comprenant aucun cas d'infarctus post-opératoire. Il s'agissait d'infarctus de la gestation dans 12 de ces cas et de cardiopathies dans 188 cas. Dans 100 de ces cas, il a été observé un épanchement pleural caractérisé par une matité basale d'au moins deux travers de doigt, par une suppression de la mobilité de la limite inférieure du poumon, etc. La raison pour laquelle une partie seulement de ces infarctus s'accompagnent d'épanchements doit être cherchée dans la dimension des lésions. Les petits infarctus, qui n'entraînent aucune réaction générale, ne sont jamais accompagnés d'épanchements. Au contraire, ceux qui intéressent tout un lobe présentent régulièrement cette complication. Cependant, la plupart des cas d'infarctus qui sont diagnostiqués cliniquement sont moyens et ont un diamètre périphérique qui varie de 1 à 6 cm. Tous ne donnent pas lieu à un épanchement. La cause de cette complication doit donc être cherchée dans un comportement particulier de la plèvre. Or, les épanchements s'observent dans les deux tiers des cas chez des hommes et dans un tiers chez les femmes. Le maximum de fréquence s'observe à 50 ans.

Parmi les causes externes qui peuvent expliquer l'apparition de l'épanchement figure d'abord l'alcoolisme. Chez les hommes adultes de plus de 35 ans, il a été observé, quand il y a alcoolisme, 92 fois sur 100 un épanchement pleural alors que quand il n'y avait pas alcoolisme, cette proportion tombait à 25 pour 100.

Parmi les facteurs endogènes, qui peuvent intervenir d'autre part, figurent les maladies de la nutrition, le diabète, l'hyperthyroïdie, la tétanie, la néphrose lipoïdique et l'urémie Les états infectieux ou post-infectieux agissent dans le même sens. Il a a été ainsi notamment dans les affections suivantes: grippe sévère, pneumonie lobaire, pyélo-néphrite, fièvre typhoïde, etc. La tuberculose ne joue pas de rôle vraisemblablement parce qu'elle crée des adhérences pleurales. La gestation ou le *post partum* s'accompagne d'épanchements moyens se produisant rapidement.

En somme, il n'apparaît d'épanchement pleural après infarctus que quand la résistance a été antérieurement diminuée par des toxines exogènes ou des infections et notamment par l'alcoolisme.

P.-E. Morhardt.

Ewald Kestermann. ***L'activité bactéricide du sérum humain dans les affections internes*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 5, 15 Mai 1935, p. 486-498). — K. expose de nouvelles recherches sur la bactéricidie du sérum (voir analyse du précédent travail: *La Presse Médicale* du 25 Avril 1934). Ces nouvelles recherches sont d'abord consacrées à la bactéricidie dans 17 cas de maladies infectieuses aiguës. Il a été constaté ainsi qu'un semis de colibacilles est tué par ces sérums dans une proportion supérieure à la normale, car elle va de 60 à 100 pour 100 avec une moyenne de 85 pour 100 (chiffre normal: 60 pour 100). Cette augmenattion de la bactéricidie se maintient pendant la convalescence sans présenter de modifications importantes. Par ailleurs, elle ne varie pas avec le cours de la maladie, car elle atteint son maximum déjà au second jour.

Dans 11 cas de maladie du cœur et des vaisseaux, il n'y a pas eu de modifications. Des altérations artérioscléreuses sévères, la diminution de l'état des forces et un âge avancé cependant ont diminué la bactéricidie.

Dans les affections du système respiratoire (bronchite chronique, asthme, tuberculose), on a constaté une diminution du pouvoir bactéricide surtout lorsque l'état général est très atteint, notamment en cas de tuberculose. Dans 7 cas d'anémie pernicieuse, ce pouvoir a été également diminué surtout du fait d'un retard dans la destruction des bacilles. Le pouvoir bactéricide a été bon en cas d'ulcus accompagné d'anémie sévère de même que dans les néoformations du tube digestif. Il en a été de même dans les affections inflammatoires des voies urinaires.

Chez les diabétiques, il n'a pas été constaté de modifications, sauf dans quelques cas où le pouvoir bactéricide s'épuisait plus vite, surtout dans les hyperglycémies sévères.

P.-E. Morhardt.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

F. Rosenthal, Ilse Frieldheim et **R. Nagel.** ***Nouvelles recherches sur la faculté des érythrocytes de détruire l'insuline*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° **17**, 27 Avril 1935, p. 603-606). — Il a été préparé une suspension de 4 millions 1/2 de globules rouges par millimètre cube de sérum physiologique en ayant préalablement éliminé les leucocytes par filtrage sur de la ouate. Cette suspension était ensuite hémolysée dans l'eau distillée et on a recherché son influence sur l'action que l'insuline détermine chez le lapin et chez la souris. Chez le premier animal, on a constaté un affaiblissement net de l'effet insulinique alors que chez la souris cet effet n'est modifié en rien. Il faut donc admettre qu'entre l'insuline et les érythrocytes, il se produit chez la souris une combinaison plus facilement réversible que chez le lapin.

Les propriétés des érythrocytes de l'homme ont été étudiées surtout dans les affections du foie ou dans le diabète et dans les affections fébriles. Mais il n'a pas été constaté que, dans ces conditions, l'action des érythrocytes soit modifiée.

Des essais faits avec des suspensions de globules blancs n'ont donné aucun résultat. Les chiffres, trouvés avec le sang de sujets atteints de leucopénie sévère (agranulocytose), se sont montrés aussi actifs que celui de sujets sains.

Il ne semble pas que jusqu'ici ce phénomène puisse acquérir une signification clinique.

P.-E. Morhardt.

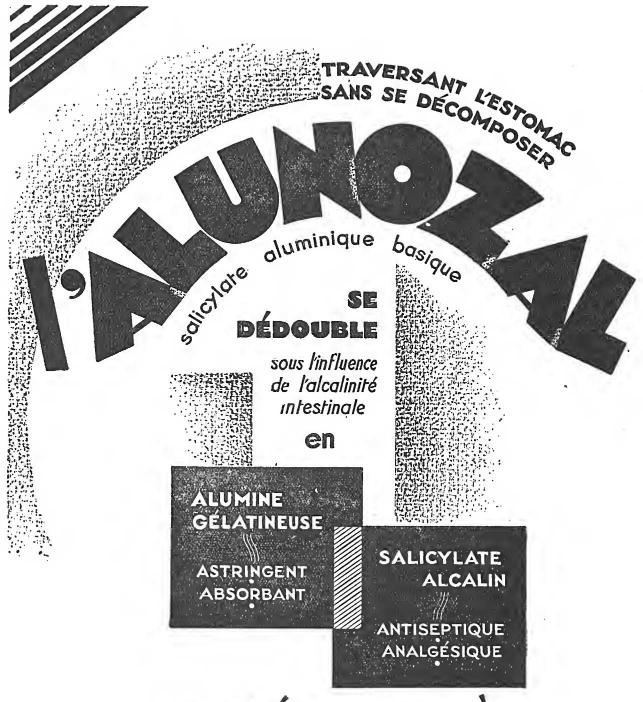
J. Dischreit. ***Contribution à l'essai de l'emploi thérapeutique de l'intermédine dans le diabète insipide*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 18, 4 Mai 1935, p. 629-632). — D. rappelle d'abord deux observations de M. B. Sulzberger concernant 2 cas de diabète insipide très favorablement influencés par l'administration d'intermédine. Les constatations ainsi faites sont assez surprenantes étant donné qu'on n'attribue en général à l'intermédine aucune action sur la diurèse. D'autre part, la réduction de la diurèse, produite par les extraits de lobes postérieur et intermédiaire de l'hypophyse, ne se manifeste dans le diabète insipide qu'avec des doses qui s'accompagnent de sensations pénibles: pâleur, sueurs, coliques, etc.

Chez un homme de 28 ans, il a été observé du diabète insipide: 7 à 9 litres d'urine par jour de 1.001 et 1.003 de poids spécifique. L'administration d'intermédine, c'est-à-dire de lobe postérieur de l'hypophyse débarrassé d'orasthine et de tonéphine, représentant 1.000 unités phoxinus par centimètre cube est restée sans effet à la dose de 2 cmc deux fois par jour. Ce médicament a été également utilisé chez un homme de 40 ans atteint de diabète insipide et d'ostéoporose. Le volume d'urine excrété n'était d'ailleurs pas très élevé chez ce malade (2 lit. 2 à 2 lit. 7), mais n'a pas été modifié par l'administration d'intermédine. Il en a été de même chez un 3e malade qui éliminait sans médicament 6.830 cmc de 1.003 à 1.004 de densité avec 175 milligr. pour 100 grammes de chlorure de sodium, les chiffres correspondants restant, malgré 6 cmc d'intermédine, très analogues, soit 6.324 cmc de 1.004 de densité et contenant 175 milligr. de NaCl pour 100 grammes. Avec 8 cmc d'intermédine, les résultats ont été les mêmes.

Chez des femmes de la clinique dermatologique soumises à un régime constant et ne présentant pas d'affection du rein, il n'a été constaté, sous l'influence d'intermédine, aucune modification de la diurèse. De même, la pression du sang n'a pas été modifiée pas plus que la circulation capillaire de la pulpe des doigts.

P.-E. Morhardt.

Hans Ehrenwald. ***Iontophorèse craniocérébrale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 18, 4 Mai 1935, p. 632-637). — E. a utilisé des électrodes imbibées de substances urticariogènes. Le pôle positif était fixé au front ou sur la nuque et le pôle négatif constitué par une feuille métallique pourvue d'une doublure humide fixée sur le côté correspondant. Le courant était de 3 à 5 milliampères de 5 minutes de durée. En cas de céphalée, il a été constaté chez des patients, qui présentaient un facteur rhumatismal, une sensation de libération dans la tête qui a débuté déjà au bout de 2 minutes et qui a été suivie, vers la 4e ou 5e minute, d'une sensation de chaleur avec production de rougeur et de papules locales. A ce moment, les sensations de pesanteur dans la tête ont complètement disparu et les malades se sentaient complètement changés. Il en a été de même quand on a cherché à couper certains accès de migraine, dans les bourdonnements d'oreille, notamment au cours de l'hypertension de la ménopause. Cette réaction immédiate est en général de courte durée. Il ne s'agit cependant pas d'une action subjective, car elle a été


TRAVERSANT L'ESTOMAC
SANS SE DÉCOMPOSER
l'ALUNOZAL
salicylate aluminique basique
SE
DÉDOUBLE
sous l'influence
de l'alcalinité
intestinale
en
ALUMINE
GÉLATINEUSE
ASTRINGENT
ABSORBANT
SALICYLATE
ALCALIN
ANTISEPTIQUE
ANALGÉSIQUE

constatée chez des sujets qui ne sont pas susceptibles d'être suggestionnés et parce que d'un autre côté elle n'agit pas sur des symptômes facilement influencés par la suggestion.

D'une façon générale, il a été constaté que l'effet dépresseur de l'histamine survient déjà au bout d'un temps qui varie de 2 à 5 minutes et atteint son maximum entre la 6e et la 8e minute pour disparaître complètement entre la 10e et la 15e minute. C'est là un effet identique, mais un peu plus long que celui de l'histamine en injection intraveineuse. Il ne semble pas qu'on puisse considérer ce fait comme résultant d'une action directe de l'histamine sur le cerveau. Mais il est possible qu'une action réflexe à distance se fasse sentir sur l'aire de distribution de la carotide externe quand l'électrode est appliquée sur le front, sur la distribution des artères vertébrales quand l'électrode est appliquée sur la nuque, etc. L'action dilatatrice de l'histamine sur les vaisseaux cérébraux intervient et potentialise finalement les effets du médicament.

Sur 60 malades chez lesquels il a été pratiqué en moyenne 10 séances, il a été constaté des succès symptomatiques durables. Parmi ces 60 malades, on compte 5 cas de migraine, 11 cas de céphalée habituelle, 7 cas d'obsession ou d'angoisse avec céphalée symptomatique, 7 cas d'hystérie, 4 cas d'épilepsie, 6 cas de dépression, de mélancolie et de manie, etc. De plus, il a été traité un certain nombre de cas de sclérose multiple, de parkinsonisme post-encéphalitique, de paralysie générale et il a été constaté ainsi une amélioration objective remarquable et notamment une amélioration des troubles du parler, de la motilité, etc. Il semble donc que l'iontophorèse craniocérébrale puisse être utilement ajoutée aux autres méthodes thérapeutiques.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE

(Berlin)

U. Baudler. *La constatation du prolan dans les tumeurs* (*Archiv für Gynäkologie*, t. **159**, fasc. 2, 18 Avril 1935, p. 101). — De nombreuses expériences ont déjà démontré qu'il existe dans l'urine des substances actives agissant sur l'ovaire d'un rongeur infantile et qu'on les trouve au cours de la gestation, chez les cancéreux, chez les sujets avec absence des fonctions sexuelles, de même que chez les sujets féminins avant la puberté et à la ménopause.

B. a cherché la présence de prolan chez les porteurs de tumeurs; sous le terme de prolan, il ne comprend pas, comme beaucoup d'auteurs, uniquement les hormones du lobe antérieur de l'hypophyse; car, écrit-il, jusqu'ici, scientifiquement, il n'est pas justifié de les désigner ainsi d'après le lieu de leur apparition supposée: il n'a pas encore été démontré si, réellement, il existe deux hormones gonadotropes du lobe antérieur de l'hypophyse et si celles-ci sont identiques avec le prolan formé dans les tissus du chorion.

La statistique de B. porte sur 111 cas avec 296 recherches d'hormones. Ces recherches s'étendent sur un laps de temps de 2 ans, surtout sur des cas non traités, de manière à exclure l'excrétion du prolan souvent exagérée par suite de radiothérapie ou de castration. Dans une grande partie des cas, pour pouvoir démontrer les variations de l'excrétion, il a pratiqué ces analyses au début du traitement, après la première radiothérapie, avant et après la deuxième irradiation et, suivant les possibilités, un an après.

D'après ces observations, l'auteur tend à admettre que les manifestations constatables sur l'ovaire de l'animal sont dépendantes de la quantité introduite d'une seule substance active gonadotrope et qu'elles ne sont pas l'expression de deux hormones présentes dans l'urine. D'après ses examens quantitatifs, il n'a jamais trouvé plus de 1.000 unités-souris de prolan dans un litre d'urine; or, dans la gestation et les chorio-épithéliomes, l'excrétion de l'hormone est bien plus considérable.

B. rapporte en détail les résultats suivant les tumeurs.

1° *Cancer de l'isthme utérin.* — Sur 29 cas, 8 des femmes avaient déjà été irradiées avant la détermination du prolan. 5 de celles-ci étaient âgées entre 34 et 39 ans, 3 à la ménopause ou peu après elle. Chez toutes, le prolan a pu être constaté jusqu'à 850 unités-souris par litre d'urine matinale. Dans un de ces cas, après extirpation des masses tumorales, B. vit une chute dans la quantité du prolan excrété. Les 21 autres cas, non encore traités en majeure partie, présentèrent, après la première irradiation, une chute de l'excrétion de l'hormone. A leur retour à la clinique, pour une irradiation du paramètre, on trouvait une augmentation et, après la deuxième irradiation, une chute de l'excrétion hormonale.

2° *Adéno-carcinome du col utérin.* — L'auteur détermina l'hormone dans 4 cas. Une femme de 36 ans, excréta, non traitée, 60 unités-souris et, après la première irradiation, au 68e jour, entre 410 et 420. Dans un autre cas, au 9e mois après le début de la radium-rœntgenthérapie, on constatait 410 à 420 unités-souris; de même, chez une femme encore non traitée, 80 à 90 unités-souris. Chez une femme de 70 ans, l'urine du matin excrétait 410 à 420 unités-souris; après une deuxième irradiation rœntgénienne associée au radium, 5 mois après, on ne constatait que 80 à 90 unités-souris et, 7 jours après une irradiation supplémentaire, de nouveau 160-170 unités-souris de prolan.

3° *Adénocarcinomes du corps utérin.* — Parmi les 6 cas de B., 2 se trouvaient, 3 ans après le début de la ménopause, âgées de 56 ans. L'une excrétait 110 à 120 unités-souris, 5 jours après l'application intra-utérine de radium; l'autre, non encore traitée, 160 à 170, celle-ci, 13 jours après irradiation, radium-rœntgenthérapie, présenta un taux de prolan de 840 à 850 unités-souris. Chez les 4 autres femmes, depuis plus de 9 ans et au delà du début de la ménopause, on trouva plus de 300 unités-souris.

4° *Cancer à épithélium pavimenteux de la vulve.* — Sur 5 cas de cancers vulvaires, 2 n'avaient pas encore de ménopause. L'une (41 ans), non encore irradiée, n'excrétait pas plus de 30 à 40 unités-souris, cette excrétion se maintint à peu près la même après les irradiations. L'autre (48 ans), déjà irradiée et présentant des métastases inguinales, excrétait 110 à 120 unités-souris; 6 mois après, on ne trouvait que 80 à 90 unités-souris. Chez une femme de 51 ans en ménopause, il y avait 410 à 420 unités de prolan. Les 2 autres, respectivement âgées de 55 et 65 ans, non irradiées, offraient 110 à 170 unités-souris d'hormone. Après la première irradiation, chez la femme de 55 ans, l'excrétion s'éleva de 370 à 380. Avant irradiation du paramètre, toutes deux n'avaient que 80 à 90 unités et, après la deuxième irradiation, elles tombèrent à 30 à 50 unités-souris.

5° *Cancer de l'ovaire.* — Une femme de 63 ans avec un adénocarcinome de l'ovaire droit excrétait 300 à 350 unités-souris. 3 semaines après l'opération, 18 jours avant sa mort, on constata 160 à 170 unités-souris. Un 2e cas concernant une femme de 40 ans avec adénocarcinome des deux ovaires est représenté sous l'aspect d'une courbe.

6° *Cancer du sein.* — 19 cas ont été examinés, 12 de ceux-ci sont encore traités dont 2 âgées de souris de prolan. Deux autres, à la ménopause, l'une excrétait 50 à 80 et l'autre 300 à 350 unités-souris avec une ménopause remontant à 10 ans et au delà, âgées de 50 et 51 ans, donnèrent 50 à 80 unités-souris. Parmi les 7 autres cas, entre 54 et 74 ans, avec une ménopause remontant à 10 ans et au delà, on trouvait à l'exception d'un seul cas (80 à 90), 160 à 430 unités-rats.

7° *Cancer à localisation extra-génitale.* — Sur 7 cas, cancer de la plèvre, 2 cancers du rectum, 1 de la lèvre inférieure, 1 de l'estomac, 1 du pli naso-buccal, 1 de la vessie, B. a pu constater le prolan chez 6 d'entre eux. Il était négatif pour le cancer de la vessie.

8° *Cancer chez les hommes.* — Dans un cas de cancer de la prostate avec métastase osseuse, chez un homme de 66 ans, déjà irradié, on trouva des quantités variables de prolan entre 80 à 400 unités-souris.

9° *Sarcomes.* — Sur 5 cas, 2 excrétaient 160 unités-souris, après une première irradiation, l'excrétion s'abaisse à 40 à 80 unités-souris (49 et 68 ans). Une femme de 37 ans avec sarcome de la face non traitée présentait 110 à 120 unités-souris, 2 mois après la première irradiation 160 à 170 unités-souris, un jour après une irradiation supplémentaire 50 à 60. Une femme de 62 ans, avec un sarcome du genou droit, avait 80 à 90 et une autre, de 72 ans, avec un sarcome de l'utérus, 160 à 170 unités-souris.

10° *Tumeurs diverses.* — 2 cas de lymphogranulomatose non irradiée excrétaient 80 à 90 unités-souris de prolan. Après radiothérapie, l'auteur ne trouva jamais plus de 30 unités-souris de l'hormone gonadotrope.

11° *Chorioépithéliomes et môles hydatiformes.* — Une femme de 50 ans avec une môle hydatiforme et début de chorioépithéliome. B. observa, à la suite de la radiothérapie, par des déterminations quotidiennes, une chute nette de l'excrétion du prolan.

11° *Les tumeurs bénignes.* — 4 cas de myomes (de 34 à 42 ans), examens négatifs. Une femme de 52 ans avec un kyste papillaire de l'ovaire excrétait 160 à 170 unités-souris, tandis qu'une autre, âgée de 58 ans, excrétait 80 à 90 unités-souris.

B. conclut d'après ses examens qu'avec les tumeurs malignes dans les urines très souvent s'excrètent des substances actives gonadotropes. Dans les cas non traités, ces substances se trouvent excrétées dans 10 pour 100 des cas de sarcome, 78 pour 100 des cas de cancer de la vulve, 72,7 pour 100 de l'isthme et 50 pour 100 du col utérin. Il semble que la quantité d'hormone excrétée soit en rapport avec la dimension, l'extension et la tendance à la dégénérescence des tumeurs.

Henri Vignes.

Fr. Jacobs. *Etat atmosphérique et travail obstétrical* (*Archiv für Gynäkologie*, t. **159**, fasc. 2, 18 Avril 1935, p. 226). — D'après l'étude de statistique d'un vaste matériel, J. a pu confirmer l'hypothèse que la naissance et la mort dépendent à un certain degré du « temps ». Comme représentants de la manifestation météorologique, J. adopte la pression atmosphérique et la température. En comparant le « temps » et le « travail », on obtient une forme de diagramme tout à fait schématique, en règle générale: à toute onde de pression correspond une tendance à la contraction simultanée ou retardée. Ce résultat semble confirmer que le « travail » et « l'état atmosphérique » sont dépendants l'un de l'autre, toute accumulation du début des contractions du travail suit immédiatement ou peu après une élévation de la pression atmosphérique tandis que toute chute de la pression atmosphérique comporte avec elle un arrêt complet des contractions.

Il existe aussi une relation particulière des processus vitaux avec la température: le retard dans le changement de direction des courbes biologiques, peut s'expliquer par la seule marche de la température.

Celle-ci ne doit pas être simplement interprétée comme une manifestation atmosphérique, mais comme un élément primitif dans l'influence

exercée par les processus atmosphériques sur l'organisme. C'est ainsi que J., analysant les rapports du temps et de la fréquence des accouchements, trouve, d'après les statistiques de Berlin, que, depuis le 21 Février au 31 Mai 1934, il y a eu dans cette capitale 11.261 accouchements, ceux-ci étant irrégulièrement répartis: ainsi, il y avait des groupes de jours avec un nombre anormalement élevé de naissances, interrompus par des jours où le nombre des naissances s'abaissait au-dessous de la moyenne; cette alternance de la fréquence des naissances se produisait suivant le rythme des alternances atmosphériques. Les sommets de la courbe des accouchements suivaient l'acmé de la pression atmosphérique; le degré de retard se guidait d'après les relations de la température. La position générale de la température est déterminante de la tendance générale de la courbe des accouchements; la durée du mouvement de la température influence l'étendue de la durée du déplacement par rapport à la courbe de la pression atmosphérique. A toute élévation de pression atmosphérique associée à une chute de la température correspondent des contractions du travail; avec une température croissante dans la transition au temps d'été, ces contractions deviennent toujours plus tardives, pour de nouveau revenir au rythme précédent avec le début d'une nouvelle saison d'intempéries. Tandis que les saisons de transition donnent un tableau des plus mélangés, J. conclut que les accouchements les plus fréquents font suite à des irruptions d'air froid. A tout changement de la masse atmosphérique de même sens, toute onde dans la manifestation atmosphérique comporte avec elle une fluctuation du travail.

En résumé, la courbe de naissances suit l'évolution de la pression atmosphérique avec un certain retard déterminable de l'évolution de la température et la courbe de mortalité suit d'une manière analogue la courbe de la température.

Henri Vignes.

Fr. Jacobs. ***Eclampsie et météréologie*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **159**, fasc. 2, 18 Avril 1935, p. 255). — Les rapports entre les crises éclamptiques et les états météréologiques ont été signalés depuis longtemps. J., d'après des statistiques, tâche de démontrer que ces rapports supposés sont réels. Il étudie successivement l'éclampsie d'après des cas isolés dans une clinique, à Berlin, dans l'Europe centrale au cours de l'année 1924 et en Prusse orientale au cours de 1900. Les crises éclamptiques se produisent dès qu'un lieu ou une région se trouvent atteints par le froid, quelquefois un peu plus tard au cours de la durée d'influence de l'air froid. L'éclampsie peut apparaître aussi avec le début de l'élévation de la température et l'apparition d'un nouvel état atmosphérique et ceci jusqu'à l'établissement final d'un état atmosphérique chaud. L'éclampsie suit, donc, dans le temps et l'espace les irruptions de l'atmosphère froide. Elle se manifeste surtout à la limite des régions de haute pression. Avec l'augmentation des ondes froides, il y a progression dans le même sens des cas d'éclampsie. Les périodes d'éclampsie fréquentes coïncident en durée avec les périodes d'atmosphère froide. L'éclampsie, suivant J., est liée à une phase météorologique de l'air froid. Il termine par un court chapitre où il indique que, comme l'éclampsie, le croup semble dépendre des mêmes processus atmosphériques.

Henri Vignes.

A. von Latzka. ***Relation entre l'éclampsie et le changement de temps*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **159**, fasc. 2, 18 Avril 1935, p. 286). — Analysant les facteurs météorologiques qui agissent dans la provocation d une crise d'éclampsie, L. rappelle qu'on a cherché à établir des relations avec certains d'entre eux sans arriver à un résultat uniforme: pression atmosphérique, élévation de température moyenne d'un ou de plusieurs jours, moyenne quotidienne et mensuelle de la température, humidité de l'air, sens et intensité du vent. Il reprend cette question en se fondant sur ses observations recueillies à Budapest entre 1918 et 1933. Il constate d'abord que le nombre des éclamptiques et le nombre des accouchées est indépendant. Par contre, au cours de certains mois, les éclampsies sont plus fréquentes qu'à d'autres : en Juin, Juillet, Août, Septembre, elles sont au maximum. Dans d'autres cliniques de Budapest, la plupart des éclampsies se produisent en Juin, Juillet et Août.

En cherchant les actions composées des états atmosphériques, il a constaté que les 26 éclamptiques de son hôpital, admises depuis 1931, étaient toutes influencées par l'état météorologique. D'autre part, d'après le matériel d'observations obtenu dans d'autres institutions, on constate seulement 9,65 pour 100 de résultats négatifs. Entre 1918 et 1931, L. a pu relever, parmi les cas d'éclampsie reçus à son hôpital, seulement 7,48 pour 100 des cas qui se soient montrés indépendants des influences météorologiques.

Henri Vignes.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

H. Blumgart, D. Berlin, D. Davis, J. Riseman et A. Weinstein. ***La thyroïdectomie totale dans l'angine de poitrine et l'asystolie.*** XI. ***Résumé des résultats obtenus chez 75 malades au cours des derniers 18 mois*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 1, 5 Janvier 1935, p. 17-26). — La thyroïdectomie totale continue à jouir d'une grande vogue en Amérique pour le traitement de l'angine de poitrine et de l'asystolie irréductible. Le mécanisme de son action commence d'ailleurs à être mieux connu : il semble que la diminution du métabolisme basal, qui suit la thyroïdectomie, rétablit l'équilibre entre les besoins tissulaires et la vitesse de la circulation sanguine. Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus sont dans l'ensemble très satisfaisants, aussi bien dans l'angor que dans l'asystolie. Les accidents opératoires sont peu fréquents, et le myxœdème post-opératoire est facilement évité par de très petites doses d'extrait thyroïdien.

Il semble donc que cette intervention constitue une acquisition thérapeutique de valeur.

R. Rivoire.

J. Martin et C. Martin. ***La radiothérapie « à la Coutard » modifiée*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 8, 23 Février 1935, p. 605-609). — La radiothérapie à la Coutard consiste à administrer des doses considérables de rayons X très filtrés, en divisant la dose totale par 10 à 15, et en faisant les séances tous les jours. Grâce à cette technique, on peut utiliser des doses considérables, qui, si elles étaient administrées en une seule fois, produiraient des nécroses irrémédiables des plans superficiels, et obtenir ainsi des résultats thérapeutiques beaucoup plus satisfaisants qu'avec la technique ancienne d'une seule dose massive.

Cette méthode, appliquée au traitement des tumeurs malignes du larynx et du pharynx, a donné à Coutard des résultats remarquables, sans autre inconvénient qu'une ulcération superficielle des téguments et des muqueuses, guérissant spontanément en 3 à 5 semaines. Mais elle a le défaut d'être longue et coûteuse, la dose quotidienne exigeant environ 2 heures d'irradiation pour obtenir en 15 jours 3 à 4.000 R.

Les auteurs, pour remédier à cet inconvénient, ont tenté de remplacer le filtrage original de Coutard (2 mm. de zinc) par un filtrage moins considérable (0 mm. 75 de cuivre et 1 mm. d'aluminium). Il suffit alors de 25 minutes par jour pour administrer la dose efficace. Cette technique ne détermine pas d'ulcérations plus importantes que celle de Coutard, et les résultats thérapeutiques sont excellents.

R. Rivoire.

C. Mackie et R. Pound. ***Modifications du tractus gastro-intestinal dans les maladies par carence; avec référence particulière à l'intestin grêle : étude radiographique et clinique de 40 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 8, 23 Février 1935, p. 613-618). — Il existe incontestablement une relation entre la colite ulcéreuse et les états de carence: mais il est encore impossible de préciser si les lésions intestinales sont une conséquence de l'avitaminose, ou si celle-ci est due à une absorption déficiente par l'intestin lésé. Dans cette étude, les auteurs ont cherché à éclaircir ce problème, sans y parvenir. Mais ils ont confirmé la fréquence des lésions intestinales, particulièrement des lésions du grêle, dans les maladies par carence, et en ont précisé le tableau clinique et radiologique. Il semble que ces lésions sont d'autant plus nettes que les signes cliniques de carence sont plus marqués, mais il est impossible d'affirmer cependant que l'état de carence, soit la cause plutôt que la conséquence de ces lésions intestinales.

R. Rivoire.

R. Geyelin. ***Le traitement du diabète par l'insuline (après 10 ans), montrant les effets comparés du régime normal et des anciens régimes diabétiques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 14, 6 Avril 1935, p. 1203-1208). — G., en 1923, fut le premier à recommander un régime riche en hydrates de carbones pour les diabétiques traités par l'insuline. Depuis 10 ans, il traite tous les diabètes par un régime très riche en sucre et très pauvre en graisse. Dans cet article, G. apporte les résultats qu'il a obtenus chez 150 diabétiques traités par cette méthode depuis 10 ans. Il semble que ces résultats soient particulièrement brillants, en ce sens que les sujets ont un état général excellent, qu'ils n'ont fait pour ainsi dire aucune complication infectieuse, qu'ils n'ont pas d'hypercholestérolémie, que leur glycémie à jeun n'est pas plus élevée qu'avec un régime pauvre en sucre: il semble même, dans certains cas, que ce régime diminue la glycémie à jeun, constatation paradoxale déjà faite par d'autres auteurs.

Le régime riche en hydrate de carbone et pauvre en graisse tend à être universellement adopté pour le traitement du diabète. Cet article ne peut qu'engager les cliniciens à persévérer dans cette voie.

R. Rivoire.

G. Shambaugh. ***Otosclérose chez des jumeaux*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 14, 6 Avril 1935, p. 1216-1220). — L'otosclérose est une affection mystérieuse, vraisemblablement congénitale, dont l'étiologie nous échappe complètement. Aussi est-il intéressant d'étudier cette affection lorsqu'elle survient chez des jumeaux, comme dans les trois observations que rapporte S. Cette coexistence de l'affection chez des jumeaux identiques n'a été observée que 5 fois en tout: dans 2 cas, le début de l'affection s'est fait simultanément chez les 2 jumeaux, et l'évolution a été parallèle; dans les 3 autres cas, le début est survenu à des époques différentes, celui-ci survenant 16 ans après dans un cas. Il semble, d'après S., que cette différence d'évolution de la maladie est en rapport avec une susceptibilité particulière aux rhumes de cerveau, chaque rhume

déterminant une accentuation de l'infirmité. Dans l'ignorance totale où nous sommes de la cause de la maladie, il n'est pas impossible d'admettre une action favorisante des infections des voies respiratoires hautes.

R. Rivoire.

C. Higgins. ***Production et dissolution de calculs urinaires : étude expérimentale et clinique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 15, 13 Avril 1935, p. 1296-1299). — H. a démontré que la carence en vitamine A détermine chez le rat blanc de la lithiase urinaire : après 250 jours de régime déficient, 85 pour 100 des animaux présentent des calculs vésicaux, et 42 pour 100 des calculs rénaux, composés presque uniquement de phosphate de chaux.

La production de ces calculs est due vraisemblablement à la kératinisation de l'épithélium urinaire, à l'alcalinurie et à l'infection qui s'observent constamment en cas de carence en vitamine A.

H. a démontré ensuite que, chez des animaux ayant présenté radiologiquement des calculs indiscutables, l'administration de vitamine A détermine dans la plupart des cas la dissolution de ces calculs.

Encouragé par ces résultats expérimentaux, H. a administré de fortes doses de vitamine A à des malades souffrant de lithiase rénale. Il a obtenu des résultats très encourageants : diminution de volume des calculs, disparition de quelques-uns. En outre, il administre systématiquement de la vitamine A aux malades opérés de lithiase, pour éviter la reproduction des calculs : depuis 2 ans qu'il utilise ce traitement post-opératoire, il n'a pas observé de récidive.

R. Rivoire.

G. Cahill. ***Le traitement médical et chirurgical de l'anurie calculeuse*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 15, 13 Avril 1935, p. 1307-1309). — C. publie une statistique personnelle basée sur 22 cas d'anurie calculeuse, et tire les conclusions pratiques de ce travail pour le traitement de cette affection. Bien que, dans certains cas, le déblocage des reins ait été possible par le cathétérisme urétéral, ou par de simples injections intraveineuses de solutions hypertoniques, dans la majorité des cas il fallut recourir à la néphrostomie qui est une excellente opération. L'urétérotomie est dangereuse et aboutit souvent à la mort. La pyélotomie, seule ou associée à la néphrostomie, est par contre peu dangereuse et donne souvent de bons résultats.

R. Rivoire.

E. Keyes. ***La cicatrisation spontanée de la tuberculose rénale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 16, 20 Avril 1935, p. 1380-1383). — K. étudie le problème de la guérison spontanée de la tuberculose rénale. Il montre qu'il faut distinguer la simple bacillurie tuberculeuse, guérissant souvent spontanément, et qui n'est due qu'à une lésion très limitée, non chirurgicale, des reins, de la tuberculose chirurgicale, avec lésions grossières révélées par la pyélographie, qui ne guérit jamais spontanément. La seule possibilité de guérison dans ce cas est la néphrectomie spontanée par destruction du rein par l'évolution du processus tuberculeux : c'est là une éventualité tout à fait exceptionnelle, et, même dans ce cas, il ne s'agit pas de guérison complète, car l'infection tuberculeuse persiste malgré la mort du rein, ainsi que K. a pu l'observer à l'autopsie d'un malade pratiquement guéri depuis une dizaine d'années. La néphrectomie reste le seul traitement de la tuberculose rénale.

R. Rivoire.

E. Netherton et **B. Mulvey.** ***Le myxœdème circonscrit*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 17, 27 Avril 1935, p. 1492-1496). — Le myxœdème circonscrit est une affection curieuse, proche parente vraisemblablement de la sclérodermie et du lymphœdème. Contrairement au myxœdème généralisé, le myxœdème circonscrit s'observe chez les hyperthyroïdiens et non chez les hypothyroïdiens. On en décrit deux types : une forme nodulaire, disséminée sur tout le corps ; et une forme en plaque, invariablement localisée à la région prétibiale, la plus fréquente. N. et M. rapportent 6 cas de myxœdème circonscrit en plaque, tous apparus chez des hyperthyroïriens, parfois après thyroïdectomie, et confirmés par la biopsie. Le diagnostic de cette affection est très difficile avec la sclérodermie : seules la localisation particulière et la biopsie le permettent.

Le traitement de cette affection est très décevant. Ni les extraits thyroïdiens, ni l'iode, ni la thyroïdectomie ne l'améliorent. Parfois, la guérison survient spontanément.

R. Rivoire.

MINERVA MEDICA
(Turin)

C. Giordano et **E. Vigliani.** ***L'action immédiate de la digitale sur l'hémodynamique*** (*Minerva Medica*, année **25**, t. 2, n° 50, 8 Décembre 1934, p. 832-839). — G. et V. ont étudié l'action de la digitale chez un sujet normal et 5 cardiaques décompensés en suivant avant et 30 et 50 minutes après une injection intraveineuse de digitale les variations de la capacité cardiaque et de l'ondée systolique (par la méthode de Grollmann à l'acétylène), de la masse sanguine (par le rouge congo), du temps moyen de circulation (rapport de la masse sanguine à la capacité cardiaque), du temps minimum de circulation (par injection de fluorescéine et observation de la lèvre en lumière ultra-violette), du pouls et des pressions artérielle et veineuse. Chez le sujet normal, la capacité cardiaque et l'ondée systolique ont diminué, la seconde moins que la première et le pouls s'est ralenti ; chez les cardiaques, la capacité cardiaque et l'ondée systolique ont augmenté, la seconde plus que la première, et la fréquence du pouls a diminué ; la masse sanguine a présenté des variations en sens divers ; les temps moyen et minimum de circulation ont diminué chez les 6 sujets, ainsi que la pression veineuse ; la pression systolique n'a varié que peu et en général en plus.

La digitale agit principalement sur le tonus et la contractilité du myocarde ; bien que l'effet soit différent, son mécanisme d'action sur le cœur et la circulation périphérique est analogue chez les sujets normaux et les cardiaques décompensés.

Lucien Rouquès.

L. Scimone. ***Anaphylaxie et narcose*** (*Minerva Medica*, année **25**, t. 2, n° 50, 15 Décembre 1934, p. 845-850). — L'anesthésie à l'éther protège les animaux contre le choc anaphylactique, qu'elle soit faite pendant l'injection déchaînante ou pendant les injections sensibilisantes, la protection étant au moins aussi efficace ou même plus dans la seconde éventualité. Cependant, la protection reste relative : sur 14 lapins sensibilisés au sérum de cheval sous anesthésie, l'injection déchaînante a provoqué la mort dans 1 cas, des accidents graves de choc dans 2 cas et aucun accident ou des troubles légers et passagers dans les autres ; sur 8 lapins sensibilisés sans anesthésie, l'injection déchaînante a entraîné la mort 4 fois, des accidents graves 2 fois et des accidents légers 2 fois. L'apparition des précipitines n'est pas influencée par l'anesthésie ; il est donc peu probable que la protection dépende de phénomènes de sensibilisation locale due à une distribution anormale de l'antigène sous l'influence de l'anesthésie. Il paraît difficile de donner une explication satisfaisante des effets de l'anesthésie et S. se contente de les rapprocher du groupe de phénomènes rangés par Billard dans le cadre de la phylaxie.

Lucien Rouquès.

G. Oliva et **G. Marengo.** ***Influence des hormones hypophysaires sur l'amino-acidémie et l'amino-acidurie à l'état normal et pathologique*** (*Minerva Medica*, année **25**, t. 2, n° 51, 22 Décembre 1934, p. 872-878). — L'injection intraveineuse d'extrait hypophysaire antérieur ne donne ni chez les sujets normaux, ni chez les sujets atteints d'affection hépatique, de modifications appréciables de l'amino-acidémie et de l'amino-acidurie. L'injection intraveineuse d'extrait hypophysaire postérieur donne chez une proportion importante de sujets sains (6 sur 10) une élévation de l'amino-acidémie allant de 25 à 92 pour 100 et dont le maximum se produit en général vers la 30e minute après l'injection ; lorsque l'amino-acidémie a augmenté, l'amino-acidurie et la concentration urinaire en azote aminé baissent. Chez les hépatiques, l'amino-acidémie ne varie pas, mais l'amino-acidurie présente une baisse considérable (dans 3 cas sur 4, les 3 cas positifs correspondant à des cirrhoses et le cas négatif à une angiocholite) qui peut la réduire au tiers du chiffre antérieur à l'injection.

L'interprétation de ces faits est difficile ; O. et M. pensent qu'il est plausible d'admettre des rapports entre les actions hyperglycémiante et de mobilisation des amino-acides qu'a l'extrait hypophysaire postérieur ; l'hyperamino-acidémie peut avoir comme cause la mobilisation des réserves protéiques glycoformatrices ; l'amino-acidémie ne s'élève pas chez les hépatiques, car ils ont déjà en circulation une quantité excessive d'amino-acides endogènes et exogènes non utilisés qui rend inutile une nouvelle scission de protéines ou une mobilisation des amino-acides tissulaires.

Lucien Rouquès.

A. Robecchi. ***Sur l'action hypoglycémiante de la diathermie pancréatique*** (*Minerva Medica*, année **25**, t. 2, n° 52, 29 Décembre 1934, p. 905-909). — Chez le sujet normal à jeun, la diathermie pancréatique donne dans la moitié des cas une baisse légère de la glycémie dans la demi-heure qui suit la fin de l'application ; faite au cours d'une épreuve d'hyperglycémie alimentaire, la diathermie donne chez le sujet sain comme chez le diabétique un net retard de la phase ascendante, une diminution du maximum d'hyperglycémie et un retard de la phase descendante ; l'aire du triangle hyperglycémique est presque toujours diminuée.

On a attribué cette action de la diathermie à une hyperhémie de la glande ayant pour conséquence une surproduction d'insuline ; mais si on établit les courbes des glycémies veineuse et capillaire, on constate que la différence normale entre les deux glycémies peut ou augmenter, ou diminuer, ou ne pas se modifier. L'effet de la diathermie ne peut être rigoureusement circonscrit sur le pancréas : elle agit aussi sur le tube digestif, les surrénales, le foie et les formations végétatives. De toute façon, la diathermie de la région pancréatique n'a pas d'intérêt thérapeutique : son effet est transitoire et elle ne peut qu'aggraver l'état d'un organe atteint dans sa capacité fonctionnelle en l'épuisant plus vite. Elle n'est à retenir que comme moyen d'éprouver avec plus d'exactitude la valeur de la glande au cours d'une épreuve d'hyperglycémie alimentaire.

Lucien Rouquès.

E. Centoni et **E. Lenci.** ***Le traitement de la tuberculose intestinale par le pneumopéritoine*** (*Minerva Medica*, année **26**, t. 1, n° 5, 3 Février 1935, p. 154-157). — Le pneumopéritoine se réalise facilement en ponctionnant l'abdomen avec une aiguille mousse un peu au-dessous et à gauche de

l'ombilic; le meilleur signe de la pénétration dans la cavité péritonéale est la facilité de l'injection; les indications du manomètre sont nulles à la première séance et inconstantes aux séances suivantes; C. et L. conseillent d'injecter de l'oxygène avec un peu d'air de façon à retrouver une bulle gazeuse pour les injections ultérieures; on peut injecter 500 à 800 cmc dès la première séance; la seconde est faite au bout de 2-4 jours et les autres d'après l'état du malade. C. et L. ont traité 8 malades presque tous atteints en même temps de lésions pulmonaires bilatérales étendues; l'effet le plus net du pneumo-péritoine est de diminuer l'hypercinésie intestinale. On peut penser qu'il a une action favorable sur les lésions intestinales en supprimant l'aspiration thoracique qui s'exerce à travers le diaphragme sur les organes abdominaux et en diminuant les mouvements transmis à l'intestin par la paroi abdominale.

LUCIEN ROUQUÈS.

C. Scaglioni. ***Métabolisme des corps créatiniques et du glycocolle dans l'atrophie musculaire progressive*** (*Minerva Medica*, année **26**, t. 1, n° 7, 17 Février 1935, p. 224-231). — Par l'ingestion de glycocolle suivant la méthode de Thomas, S. a obtenu une amélioration notable de l'état général et de l'état musculaire chez un homme de 41 ans, présentant une myopathie intermédiaire aux types pseudo-hypertrophique et scapulo-huméral; parallèlement, le métabolisme des corps créatiniques s'est rapproché de la normale: la créatininurie a augmenté des trois quarts et n'est plus que de 10 à 15 pour 100 au-dessous de la normale; la créatinurie, d'abord de 22 centigr. par 24 heures, n'existe plus qu'en traces indosables; le coefficient créatininique est passé de 15 à 22; la tolérance de l'organisme pour la créatine exogène s'est considérablement élevée. En donnant à son malade 30 gr. de gélatine par jour, S. a pu réduire la dose quotidienne de glycocolle à 10 gr. sans diminuer l'efficacité du traitement; l'étude du métabolisme des corps créatiniques montre qu'il y a intérêt à poursuivre l'administration de la gélatine lorsqu'on suspend celle du glycocolle.

LUCIEN ROUQUÈS.

E. Filla. ***L'influence du psychisme sur la glycémie*** (*Minerva Medica*, année **26**, t. 1, n° 8, 24 Février 1935, p. 256-259). — F. a réussi à provoquer chez des enfants des réflexes conditionnels pancréatiques; pendant 15 jours, il leur a fait absorber à jeun du sirop de framboise très concentré pendant que des cloches sonnaient; au bout de ce temps, le sirop de framboise a été remplacé par une solution de rouge cochenille saccharinée (la saccharine n'agit pas sur la glycémie) toutes les autres conditions (heure, personne donnant la boisson, couleur de celle-ci, bruit des cloches) restant égales; l'ingestion de cette solution a produit une baisse notable de la glycémie, conséquence d'une sécrétion psychique d'insuline; aux essais successifs, le réflexe a rapidement disparu, les enfants se rendant compte dès les premières gorgées que la saveur était différente et craignant les piqûres nécessitées par les mesures de glycémie. Au cours d'une séance d'hypnotisme, F. a pu persuader un enfant très suggestionnable qu'il avait bu du sirop de framboise et faire baisser ainsi sa glycémie.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Fulchiero. ***Le syndrome tri-arythmique de Wolf, Parkinson et White*** (*Minerva Medica*, année **26**, t. 1, n° 10, 10 Mars 1935, p. 310-317). — Ce syndrome est caractérisé par: 1° un raccourcissement de P. R. qui est inférieur à 10/100 de seconde; 2° un aspect anormal du complexe ventriculaire qui a le type du bloc des branches; 3° des crises de tachycardie et plus rarement de tachyarythmie par fibrillation auriculaire; il traduit des lésions irritatives siégeant au niveau du nœud de Tawara et interrompant partiellement le tronc du faisceau de Hiss. Le syndrome peut exister au complet ou non; parfois, l'élément qui manque (en général l'atypie du complexe ventriculaire) apparaît secondairement; l'absence de l'atypie ventriculaire est due à ce que la lésion n'irrite pas le faisceau de Hiss ou d'après Pezzi, à ce que la partie du nœud de Tawara où se trouvent les fibres destinées à chacune des branches est épargnée; l'absence des crises de tachycardie s'observe lorsque manquent les facteurs occasionnels qui déclanchent les paroxysmes sur le fond d'irritation permanente; on peut observer à l'état isolé le raccourcissement de P. R., indice d'une irritation du nœud de Tawara; mais ce raccourcissement existe aussi, si l'on admet les conceptions de Condorelli, lorsqu'il y a inhibition des voies sino-atriales ou excitation des voies sino-nodales.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. d'Antona. ***Sur la pathogénie diencéphalique probable de certaines formes de myopathie progressive*** (*Minerva Medica*, année **26**, t. 1, n° 11, 17 Mars 1935, p. 355-361). — A. rapporte deux cas de myotonie atrophique avec symptômes anormaux: polyurie, troubles thermiques et tendance à l'hypersomnie dans le premier, obésité thoraco-abdominale avec disparition de la graisse sous-cutanée au niveau des membres, troubles génitaux et tendance à la polyurie dans le second. Ces signes paraissent sous la dépendance d'une atteinte des formations végétatives du troisième ventricule; leur constatation vient à l'appui de la théorie de Curschmann qui envisage les troubles dystrophiques musculaires et glandulaires de la myotonie atrophique comme des phénomènes coordonnés dont la cause première est à rechercher non au niveau des muscles et des glandes, mais au niveau des centres trophiques généraux de l'organisme qui siègent dans la diencéphale. L'absence de données anatomiques ne paraît pas constituer une objection décisive car s'il s'agit d'une région mal connue, il suffit de se rappeler qu'on a longtemps nié l'origine nerveuse de la chorée et de la maladie de Parkinson au nom de l'anatomie pathologique.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Corelli. ***Anémie pernicieuse et grossesse avec considérations spéciales sur la grossesse survenant au cours de l'anémie pernicieuse*** (*Minerva Medica*, année **26**, t. 1. n° 12, 24 Mars 1935, p. 390-395). — Une femme de 35 ans est atteinte en 1927 d'une anémie pernicieuse guérie par l'opothérapie hépatique; elle présente deux rechutes avec un syndrome neuro-anémique pendant la dernière; elle fait trois avortements au cours de cette période; en 1934, elle devient à nouveau enceinte; grâce à un traitement combiné par le foie et par le fer, elle mène à terme sa grossesse, sans présenter aucune rechute de l'anémie ou du syndrome nerveux; l'enfant n'a aucun signe d'anémie et peut être nourri par sa mère.

Depuis l'hépatothérapie, la grossesse apparaissant chez une femme atteinte d'anémie pernicieuse, comme d'ailleurs l'anémie perniciosiforme gravidique, n'est plus un danger sérieux; le pronostic est même plutôt favorable pour la mère et pour l'enfant lorsque l'anémie est en phase de rémission ou non compliquée; l'interruption de la grossesse sera réservée aux cas graves, lorsque l'hépatothérapie buccale et surtout parentérale et les autres médications anti-anémiques auront échoué, cas où le diagnostic d'anémie pernicieuse vraie peut être discuté. Une surveillance attentive s'impose pendant la grossesse: une rémission incomplète de l'anémie étant susceptible d'entraîner un avortement spontané.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL POLICLINICO [Sez. medica]

(Rome)

P. Stefanuti et **C. Campana.** ***Sur le comportement de la cholestérinémie après injection d'histamine; application au diagnostic de l'état fonctionnel du foie*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **41**, n° 11, 1er Novembre 1934, p. 633-646). — Cornell a montré que l'injection d'histamine provoque chez le chien une hypocholestérinémie qui manque lorsque le foie a été exclu, S. et C. ont étudié les variations de la cholestérinémie chez l'homme après injection sous-cutanée de 1 milligr. d'histamine; chez le sujet sain, la cholestérinémie s'abaisse de 15 pour 100 en moyenne et revient au chiffre initial vers la 30e ou 40e minute, parfois après une phase d'hypercholestérinémie.

Dans les ictères par hépatite simple ou par lithiase, sans altérations importantes du foie, l'injection est suivie d'une hypercholestérinémie immédiate, puis d'une hypocholestérinémie, avec retour au chiffre initial en 30 à 40 minutes. Dans les ictères avec graves lésions hépatiques (cirrhose, cancer), on note une hyperchlolestérinémie, plus ou moins durable, sans phase secondaire d'hypocholestérinémie. Dans les cirrhoses sans ictères, les variations de la cholestérine sont peu accentuées: dans les cas peu avancés, la courbe est analogue à celle des sujets normaux, mais les maxima sont moins élevés et plus tardifs; dans les cas à la période terminale, la courbe ressemble à celle des ictères avec atteinte importante du foie, mais l'hypercholestérinémie est peu accusée et de longue durée.

L'étude de la cholestérinémie après injection d'histamine semble à conseiller dans les maladies du foie, en particulier comme test de la fonction lipopexique.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE

(Turin)

R. Moracchini et **B. Cossu.** ***Sur la galactosémie et la galactosurie dans les maladies du foie*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. 59, n° 1, Janvier 1935, p. 31-88). — L'épreuve de la galactosurie n'a de signification pour le diagnostic entre les ictères par rétention et par hépatite que lorsque la quantité de galactose éliminée en 4 heures dépasse 2 gr. 50; au-dessous de ce chiffre, la possibilité d'un déficit fonctionnel du foie ne peut pas être exclue. Une élimination globale importante avec des concentrations partielles élevées et légèrement dégradées ne permet pas de conclusions sur le degré et la nature de la lésion hépatique, car elle existe chez tous les malades qui ont une galactosurie anormalement élevée et prolongée, avec des modalités variant de sujet à sujet suivant leur métabolisme hydrique. Pour mettre en évidence les altérations hépatiques légères, il faut compléter l'épreuve de la galactosurie par la recherche de la réaction hyperglycémique ou par le dosage de la fraction sanguine du galactose, dosage facile et rapide; la courbe galactosémique a dans la règle chez les hépatiques une montée brusque et une descente lente, le galactose étant encore décelable dans le sang à la 3e heure dans les trois quarts des cas. L'hyperglycémie est due à des phénomènes glycopresseurs se manifestant sur le foie et pour une part à l'incapacité du foie à retenir le glucose dérivant de la transformation du galactose; l'hypoglycémie post-hyperglycémique, qui existe dans la plupart des cas, dépend en dehors d'une production d'insuline, de l'inhibition des phénomènes de glycogénolyse hépatique. La différence entre les taux du galactose dans le sang veineux et le sang capillaire est faible, à part quelques rares cas où

la galactosémie est très élevée; il semble que les tissus ne fixent pas et ne détruisent pas le galactose.

Lucien Rouquès.

M. Coppo et **P. Frugoni**. ***Recherches expérimentales sur les rapports entre l'hormone parathyroïdienne et la vitamine D*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **59**, n° 2, Février 1935, p. 253-292). — L'administration de parathormone à des rats en période de développement et soumis à un régime carencé ou recevant des doses excessives d'ergostérine irradiée aggrave leur état général et augmente leur perte de poids; l'aspect radiologique reste normal chez les rats recevant un excès d'ergostérine avec ou sans parathormone; les lésions radiologiques des rats au régime carencé sont plus évidentes lorsqu'ils reçoivent de la parathormone, les os étant plus opaques par dépôt de sels minéraux au niveau des lésions sans tendance à la guérison de celles-ci; l'administration de parathormone ne modifie pas l'aspect histologique des lésions hépatiques et rénales des rats recevant un excès d'ergostérine ou des lésions osseuses des rats au régime carencé.

Chez les rats adultes, soumis à un excès d'ergostérine, les cendres des os sont moins importantes que chez les témoins, mais plus riches en calcium et phosphore et le coefficient Ca/P est abaissé; l'administration de parathormone n'exagère pas la diminution des cendres, mais tend à ramener vers la normale leur teneur en Ca et P sans modifier le rapport. Le régime carencé provoque une diminution légère des cendres avec augmentation du Ca et du P et abaissement du coefficient Ca/P; l'administration de parathormone ramène les cendres à un chiffre supérieur à la normale et tend à leur rendre une composition normale en abaissant le Ca et le P. La thyro-parathyroïdectomie associée à des injections sous-cutanées de petites doses d'ergostérine augmente la teneur en Ca et en P des cendres et abaisse le coefficient sans modifier la quantité des cendres, alors que la thyroparathyroïdectomie seule augmente les cendres et leur teneur en Ca et en P sans modifier le coefficient.

La question des rapports entre l'hormone parathyroïdienne et la vitamine D est extrêmement complexe; ces deux éléments ont sans doute une signification biologique et un mécanisme d'action indépendants. Lucien Rouquès.

A. Pozzan. ***Rate et croissance*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **59**, n° 2, Février 1935, p. 293-306). — Certains auteurs ont prétendu que la splénectomie provoquait un arrêt de croissance; P. a pratiqué des splénectomies chez 3 chiens nés avant terme après mise-bas provoquée, chez 6 chiens peu après la naissance normale et chez 3 chiens de 3 mois; aucun trouble du développement somatique n'a été observé par rapport aux animaux des mêmes portées conservés comme témoins. L'hypersplénie déterminée par des greffes homoplastiques intrapéritonéales chez 3 chiens nouveau-nés n'a eu aucun effet appréciable; il faut, cependant, remarquer que l'hypersplénie est transitoire puisqu'au bout de 15 jours il ne reste presque plus de traces des greffons (les greffes sous-cutanées et les greffes intrapéritonéales de rates entières se résorbent encore plus vite). Dans l'état actuel de la question, on peut éliminer toute action de la rate sur la croissance. Lucien Rouquès.

M. Cattaneo et **G. Gabetti**. ***Etude expérimentale sur la sympathectomie chimique des artères thyroïdiennes*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **59**, n° 3, Mars 1935, p. 349-380). — Chez 8 chiens ayant subi la phénolisation des artères thyroïdiennes supérieures et inférieures, la calcémie, après une baisse de 10 à 24 milligr. par litre de sérum d'une durée maxima de 2 jours, a constamment présenté une augmentation d'environ 30 milligrammes au-dessus du taux normal persistant pendant 1 à 2 mois; la cholestérinémie a baissé lentement et progressivement de 20 à 40 centigr. jusqu'à la fin de la période d'observation (2 à 3 mois); chez un chien ayant subi l'ablation du ganglion cervical supérieur droit et une sympathectomie péricarotidienne bilatérale, la calcémie et la cholestérinémie ont présenté des variations semblables; chez un chien n'ayant subi que l'ablation du ganglion cervical supérieur droit, la calcémie a diminué de 20 milligr. pendant une période de 15 jours, puis est revenue à la normale; la cholestérinémie a présenté une augmentation légère et de courte durée.

La phénolisation des artères thyroïdiennes comme la sympathectomie péricarotidienne bilatérale associée à l'ablation du ganglion cervical supérieur a une action indiscutable sur les parathyroïdes, provoquant un état transitoire d'hyperparathyroïdisme fonctionnel qui se traduit histologiquement par l'hyperémie des capillaires, le gonflement des cellules et des signes de prolifération du parenchyme glandulaire; mais, contrairement à ce que Leriche a soutenu, la gangliectomie cervicale isolée n'a pas la même action. Quant à l'abaissement de la cholestérinémie, elle doit être considérée comme le signe d'un hyperfonctionnement thyroïdien.

Lucien Rouquès.

P. Molinari Tosatti. ***Sur l'équilibre acido-basique dans l'asthme*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **59**, n° 3, Mars 1935, p. 485-508). — De l'étude de 20 malades atteints pour la plupart d'asthme bronchique et quelques-uns de rhume des foins, M. conclut que la théorie qui invoque à la base de l'accès d'asthme un état d'alcalose, n'est pas établie; en effet, le *pH* et la réserve alcaline sont normaux en dehors des accès; au cours des accès, leurs valeurs restent normales ou plus rarement ont une certaine tendance à l'alcalose; mais ces variations ne sont que la conséquence des troubles de la ventilation pulmonaire qui se produisent au cours de la crise d'asthme.

Lucien Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE (Milan)

C. Salaris et **B. Nolli**. ***Sur la soi-disant anémie hyperchrome des urémiques*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **56**, n° 4, 27 Janvier 1935, p. 91-94). — Volterra a prétendu que l'anémie hyperchrome avec macrocytose est une règle presque absolue à la phase terminale de l'urémie et que l'anémie hypochrome est exceptionnelle; S. et N. qui ont déjà contesté cette opinion, apportent de nouvelles observations qui montrent que si l'on peut observer à ce stade une anémie hyperchrome, l'anémie hypochrome est habituelle; l'hyperchromie est assez fréquente au début des néphrites ou à distance de l'urémie confirmée; elle paraît dépendre de l'augmentation du diamètre moyen des hématies qui est presque constante; au cours de l'évolution, le nombre des hématies diminue en même temps que leur diamètre et leur teneur en hémoglobine; la leucocytose n'est pas la règle, la neutrophilie est plus fréquente. Il n'y a donc pas un type spécial d'anémie propre aux urémiques.

Lucien Rouquès.

RIVISTA OSPEDALIERA (Rome)

A. Biondo. ***Cirrhose ascitogène hypersplénomégalique. Disparition de l'épanchement abdominal après splénectomie*** (*Rivista ospedaliera*, t. **24**, n° 10, Octobre 1934, p. 611-619). — Un sujet de 19 ans a depuis 2 années des troubles dyspeptiques, depuis 18 mois une splénomégalie et depuis un an de l'ascite quand il entre à l'hôpital; pas d'antécédents de tuberculose ou de syphilis; le foie n'est pas senti; la rate atteint en dedans la ligne médiane et en bas l'ombilic; la circulation collatérale est abondante; pas d'œdème des membres inférieurs; 4.500.000 globules rouges; hémoglobine: 60 pour 100; 3.100 globules blancs sans mononucléose; liquide d'ascite citrin, avec 75 gr. d'albumine par litre, réaction de Rivalta négative, polynucléaires et lymphocytes en quantité égale et nombreuses hématies dans le culot; réaction de Takata-Ara sur le sérum d'abord négative, puis légèrement positive; protéines sériques : 64 gr. 4 par litre, rapport sérine-globuline, 1,56.

On pratique la splénectomie: la rate du poids de 1.500 gr. présente des nodules de Gamna et des lésions de sclérose pulpaire hypertrophique; le foie est très diminué de volume, macro- et microscopiquement cirrhotique.

Revu 3 mois après, le malade n'a plus de troubles digestifs; l'ascite et la circulation collatérale ont disparu; cependant le rapport sérine-globuline a baissé: 1,09 avec 84 gr. 2 de protéines par litre et la réaction de Takata-Ara est devenue fortement positive, évolution qui ne paraît pas confirmer la signification pronostique qu'on lui a attribuée. Il s'agit selon toute vraisemblance, dans ce cas, d'une cirrhose hépatique d'origine splénique.

Lucien Rouquès.

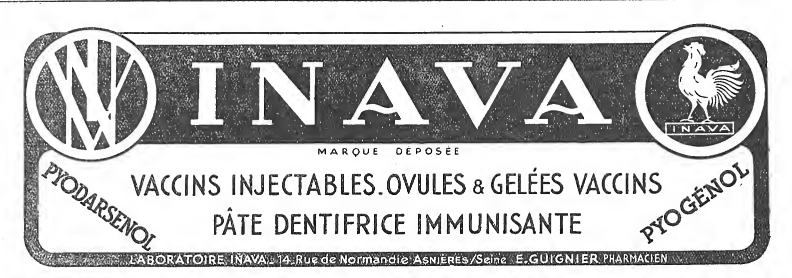
ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA (Milan)

D. Donati et **F. Cavazza**. ***Sur la production expérimentale d'ulcères gastriques et duodénaux après dérivation totale de la bile; étude des altérations des organes internes*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **5**, n° 5, Septembre-Octobre 1934, p. 873-890). — Sur 5 chiens ayant subi une dérivation totale de la bile par section du cholédoque et cholécystostomie, 2 sont morts dans les 15 jours qui ont suivi l'opération, avec de graves lésions inflammatoires de l'estomac et du duodénum et un ulcère à caractères nets (duodénal chez l'un, gastrique chez l'autre); leurs viscères ne présentaient pas de lésions, à part un léger état congestif et quelques altérations dégénératives débutantes. Un autre chien est mort dans un état cachectique au bout de 4 mois et 2 ont été sacrifiés après 2 et 5 mois; ils présentaient tous les 3 des érosions superficielles et de la congestion de l'estomac et du duodénum sans ulcère vrai et d'importantes lésions viscérales, d'abord congestives, puis de dégénérescence graisseuse et enfin de fibrose.

Dans les expériences de dérivation biliaire, 2 facteurs sont à envisager: 1° une action toxique, conséquence des perturbations métaboliques par défaut de bile dans l'intestin, qui entraîne des altérations chroniques des divers organes, y compris les muqueuses gastriques et duodénales, atteint gravement l'état général et aboutit à la mort par cachexie; 2° des troubles du chimisme gastro-duodénal, par suppression du reflux duodénal qui peuvent produire lorsqu'il n'y a pas une compensation suffisante par les sucs duodénaux et pancréatiques, des ulcères gastriques ou duodénaux, lésions qui, à l'inverse des précédentes, sont précoces et aiguës.

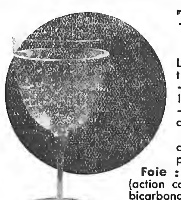
Lucien Rouquès.

L. Lenzi. ***La monocytose saturnine*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **5**, n° 5, Septembre-Octobre, p. 891-912). — On a souvent signalé chez les saturnins une mononucléose ou une lymphocytose sanguine. Ayant provoqué chez des lapins, des cobayes et des chats une intoxi-


INAVA
MARQUE DÉPOSÉE
PYODARSENOL
VACCINS INJECTABLES. OVULES & GELÉES VACCINS
PÂTE DENTIFRICE IMMUNISANTE
PYOGÉNOL
LABORATOIRE INAVA. 14. Rue de Normandie ASNIÈRES/Seine E. GUIGNIER PHARMACIEN


TUBERCULOSE • LYMPHATISME • ANÉMIE • TUBERCULOSE
TRICALCINE
RECONSTITUANT
LE PLUS PUISSANT — LE PLUS SCIENTIFIQUE — LE PLUS RATIONNEL
TRICALCINE
LA RECALCIFICATION


POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS 15e. Vaugir. 11-23
A.S.I.P.



cation saturnine subaiguë ou chronique par l'acétate neutre de plomb et pratiqué chez ces animaux de nombreux examens du sang périphérique et des empreintes du foie, de la moelle osseuse, de la rate et des ganglions, L. a constaté que la mononucléose saturnine était en réalité une monocytose ; les monocytes, par leur structure nucléaire, sont superposables aux cellules réticulo-histiocytaires dont elles dérivent par des transformations successives ; la lymphocytose est également une monocytose d'origine histioïde, de petits monocytes lymphocytoïdes ayant été pris pour des lymphocytes. La monocytose saturnine n'est pas propre à l'empoisonnement par le plomb ; c'est une réaction du système réticulo-endothélial qui est commune à toutes les intoxications par cathions lourds.

Lucien Rouquès.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Comel. ***Recherches sur le traitement vitaminique de l'eczéma*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **76**, fasc. 2, Avril 1935, p. 283-314). — C. a traité 51 malades atteints d'eczéma (forme endogène et forme exogène et professionnelle) par l'administration à fortes doses de vitamine D et d'un mélange de vitamine A et D. Dans la plupart des cas, les résultats furent favorables et on observa la régression de l'eczéma, qu'il s'agisse d'une forme endogène ou exogène.

Les résultats favorables furent plus fréquemment observés chez les jeunes sujets, ne présentant pas de troubles endocriniens.

La calcémie augmente pendant le traitement vitaminique. Au contraire, l'acide lactique du sang, dont le taux est ordinairement élevé au début chez les eczémateux, diminue rapidement après l'administration de vitamines.

R. Burnier.

Sebastiani. ***Acné et tuberculose*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **76**, fasc. 2, Avril 1935, p. 393-410). — On sait que Ramel a soutenu une théorie tuberculeuse de l'acné, le considérant comme une localisation atténuée d'origine hématogène du bacille de Koch sur territoire séborrhéique.

S. a examiné 23 malades atteints la plupart d'acné pustuleuse ou infiltrée (9 d'entre eux avaient de l'acné nodulaire et phlegmoneuse) ; 14 malades avaient une localisation à la fois sur le visage et le dos, 9 seulement au visage.

18 malades ne présentaient aucune lésion tuberculeuse ; 5 au contraire avaient en dehors de l'acné, des signes de tuberculose. Sur ces 23 sujets, on comptait 16 femmes et 7 hommes, âgés de 18 à 24 ans.

S. pratiqua chez ces malades des cultures systématiques du sang et de l'urine sur milieu de Lœwenstein, afin de rechercher la présence éventuelle d'une bacillémie ou d'une bacillurie tuberculeuse.

Toutes les recherches furent négatives, même chez les malades atteints de lésions tuberculeuses.

R. Burnier.

Robba. ***Urticaire pigmentaire de l'enfant*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **76**, fasc. 2, avril 1935, p. 411-420). — R. rapporte un cas d'urticaire pigmentaire observé chez un enfant de 14 mois ; les taches brunes apparurent dès l'âge de 6 mois et occupèrent toute la surface du corps, sauf la paume des mains et la plante des pieds. La cuti-réaction de Pirquet, les réactions de Wassermann et de Meinicke furent négatives ; la formule sanguine était normale.

Histologiquement, on trouva une augmentation du pigment dans la couche basale, de nombreux mastocytes dans les papilles, de l'œdème et une dilatation vasculaire.

La pathogénie de cette affection est obscure ; de nombreuses théories ont été soutenues : irritation des ganglions et nerfs périphériques (Unna), dysfonctionnement hépatique, rapprochant l'urticaire pigmentaire du xanthome (Fox), nature nævique (Neisser), endocrinopathie, toxémie ou intoxication chronique d'origine alimentaire (Little).

Dans le cas de R., il existait du rachitisme et un dysfonctionnement intestinal depuis la naissance. R. croit qu'il existe une relation entre le mauvais fonctionnement de l'intestin et la dermatose.

R. Burnier.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

L. Papadato (Odessa). ***Syndromes d'hypertension du liquide céphalo-rachidien*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **85**, n° 1-2, 30 Mars 1935, p. 33-49). — S'il est généralement admis que les infections localisées des sinus, quelques formes d'encéphalites et certaines intoxications peuvent donner des réactions du type de la méningite séreuse, bien des cas de cette affection ne peuvent être rapportés à ces causes. P. essaie ici d'élucider la pathogénie de ces méningites séreuses « essentielles ».

Il établit tout d'abord qu'un certain nombre des états classés sous ce nom ne sont nullement des méningites et n'ont rien d'inflammatoire. Il en relate une série d'exemples observés dans des conditions diverses, en particulier chez des migraineux.

Pour les expliquer, P. invoque une augmentation suffisamment rapide et considérable de la quantité du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de l'irritation du sympathique cervical qui, en dehors de son action vasomotrice, joue un rôle dans la production du liquide céphalo-rachidien, ainsi que l'établissent ses recherches sur le chien. Celles-ci démontrent que l'excitation du bout céphalique du nerf vago-sympathique amène une augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien et une augmentation de son écoulement, ces résultats étant bien dus à l'action du sympathique, car, après sa dégénérescence, on ne peut plus les obtenir, malgré la persistance de l'excitabilité du vague. De plus, l'accroissement de la pression du liquide céphalo-rachidien au cours de l'excitation du sympathique ne dépend pas d'une action vasodilatatrice exercée sur les vaisseaux intracraniens, car elle s'accompagne, d'une part, d'une augmentation de la pression dans le bout périphérique de la carotide interne et, d'autre part, le caractère de la courbe de cette pression ne correspond pas à des effets vasomoteurs (retard considérable de l'augmentation de la pression, persistance prolongée de l'hypertension après suppression de l'excitation).

On peut rapprocher ces résultats expérimentaux des constatations cliniques de Förster au cours des crises de migraine, qui montrent une dilatation de l'un des ventricules latéraux, du côté du siège de la douleur, qui traduit l'hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien sous l'influence de l'irritation du sympathique.

L'existence chez les malades du syndrome végétatif algique (douleur à la pression du sympathique au cou, du plexus solaire et hypogastrique, douleur à la pression des artères, troubles des réflexes oculo-cardiaque et cœliaque, ou des réactions ortho- et clinostatiques) sont autant d'indices faisant penser à l'origine végétative des accidents.

P.-L. Marie.

M. S. Kaplinsky et **E. D. Schulmann** (Moscou). ***A propos de la léthargie périodique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **85**, n° **1-2**, 30 Mars 1935, p. 107-128). — L'encéphalite épidémique a remis au premier plan de l'actualité le problème du sommeil. On a pu voir à cette occasion que toute une série de troubles du sommeil observés en clinique n'ont rien à voir avec cette maladie.

K. et S. s'occupent ici de cette catégorie de sujets chez lesquels surviennent périodiquement des accès de sommeil de durée et d'intensité variables, mais ne différant en rien du sommeil normal.

Ils en rapportent 2 cas personnels très fouillés dont ils rapprochent deux autres observations de Kanabich et d'Anfimoff.

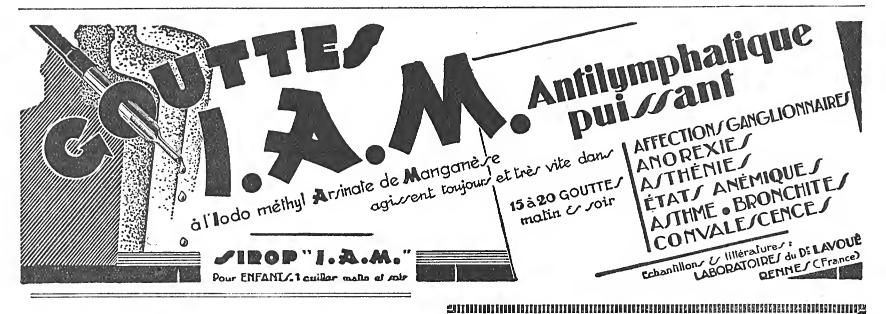
Chez tous ces patients, on retrouve le même syndrome : accès de sommeil périodiques, durant jusqu'à 8 et 10 jours, survenant subitement ou après une courte phase prodromique marquée par de la lourdeur de tête et parfois de la céphalalgie ; sommeil ressemblant en tous points au sommeil normal et dont les patients sortent pour s'alimenter et satisfaire leurs besoins naturels ; ils peuvent en être tirés et ne se montrent pas désorientés ; réveil également soudain.

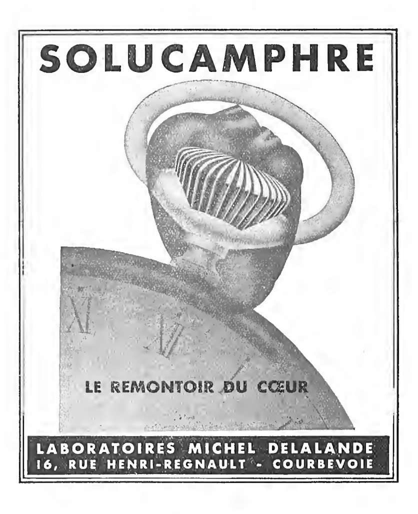
L'évolution est caractérisée par le début à la puberté et par une tendance à la diminution graduelle du nombre des accès avec les années.

En dehors de ce début à la puberté, on peut relever chez tous les patients une série de stigmates endocriniens suggérant une corrélation entre les accès et des déviations du fonctionnement endocrinien. Il existe en outre chez eux des indices de perturbations d'origine végétative et des troubles du métabolisme. Pendant le sommeil, on constate une hyperesthésie accentuée et une exagération de l'appétit très frappante.

Dans les antécédents héréditaires des patients, on note l'incontinence d'urine, le somnambulisme, la dipsomanie, l'alcoolisme, les migraines, la psychopathie épileptique et quelques cas d'épilepsie. Pour K. et S. l'analyse génétique et clinique permet de faire rentrer ces faits dans le cadre de l'épilepsie.

P.-L. Marie.


GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin et soir
Échantillons & littératures : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ RENNES (France)


SOLUCAMPHRE
LE REMONTOIR DU CŒUR
LABORATOIRES MICHEL DELALANDE
16, RUE HENRI-REGNAULT - COURBEVOIE

REVUE DES JOURNAUX

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Einar Eldblom. ***Mesure de la température cutanée dans la sciatique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 18, 4 Mai 1935, p. 639-641). — Il a été utilisé dans ces recherches cliniques, des tubes de tôle dans lesquels chacune des jambes du malade était enfermée et où les variations de température pouvaient être déterminées à 1/10 de degré près.

Dans les 35 cas normaux qui ont été examinés à ce point de vue à titre de contrôle, il a été constaté que la différence maxima entre les deux jambes ne dépassait pas 0°2. Dans 31 cas, elle n'a pas dépassé 0°1. Ce parallélisme se constate d'ailleurs depuis le début de l'expérience jusqu'au moment où la température qui règne à l'intérieur de chaque cylindre a atteint son point maximum.

Chez les sujets atteints de sciatique uni-latérale, il en est autrement. Il a été examiné 24 cas de sciatique unilatérale et il a été constaté 16 fois que du côté de la jambe malade, la température était plus basse que du côté sain. La différence a atteint 0°9 dans 2 cas, 0°6 dans 4 cas, 0°3 dans 4 cas, etc. Sur les 8 cas restants, il en est 4 qui ont donné une différence simplement de 0°2 et 3 ont donné des températures identiques. Mais ces exceptions à la règle semblent discutables. Dans un cas, il est affirmé par le malade que la jambe atteinte était, au début, plus froide que l'autre. Chez un autre malade, le diagnostic est discutable et chez un troisième, la sciatique était peut-être bilatérale. Enfin, dans un cas, les résultats ont été inversés, la température étant plus élevée du côté malade que de l'autre. Mais ce malade présentait en réalité, comme on l'a constaté plus tard, un sarcome de la tête du fémur.

Il semble qu'on puisse rattacher cette différence de température au fait que l'irrigation de la jambe malade se fait moins bien que celle de la jambe saine du fait de la douleur ou d'une irritation du nerf sciatique.

P.-E. Morhardt.

E. Schneider et E. Widmann. ***Le taux du carotène et de la vitamine A dans le sérum humain*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 19, 11 Mai 1935, p. 670-673). — Il a été préparé des solutions de carotène dans l'huile d'arachide et on a constaté ainsi qu'un chauffage pendant 2 heures à 100° diminue le pouvoir d'absorption de la lumière et modifie le spectre de la solution. Le chauffage de la même solution pendant le même temps à 130° rend l'activité du produit environ 10 fois moindre que le chauffage à 100°. La détermination du taux du carotène et de la vitamine A dans les tissus, se fait après broyage puis extraction à l'éther et enfin colorimétrie avec le trichlorure d'antimoine. Il a été ainsi constaté que le carotène du sérum augmente progressivement avec l'âge. Entre 10 et 19 ans, il est de 0,033 et entre 60 et 70 ans de 0,08 milligr. pour 100 gr. La vitamine A calculée en unités Lovibond augmente d'abord puis diminue ensuite. Elle est, entre 10 et 19 ans, de 47; entre 30 et 39 ans, de 70 et, entre 60 et 69 ans, de 38 unités.

Les recherches faites jusqu'ici montrent que le foie est vraisemblablement l'organe où le carotène est transformé en vitamine A. Il y a donc lieu de considérer que l'augmentation de cette substance est en relation avec une insuffisance du foie qui s'accentue avec l'âge et qui empêche cet organe de transformer le carotène en vitamine. Ce dosage dans le sérum permet, de plus, d'apprécier l'avitaminose dès son début, c'est-à-dire plus tôt que ne pourrait le faire un examen clinique.

La vitamine A est considérée aujourd'hui comme capable de prévenir les affections oculaires, comme douée d'un pouvoir antithyroïdien et enfin comme protégeant les épithéliums. Mais jusqu'ici on sait mal par quel mécanisme la vitamine A agit ainsi. On a pensé que le carotène serait capable d'augmenter la glycolyse. C'est ce qui a amené S. et W. à rechercher si cette vitamine a une action sur la production du méthylglyoxal, phénomène considéré comme l'essence de la glycolyse. Il a été ainsi constaté que le carotène augmente quelque peu la production de méthylglyoxal. La vitamine A n'aurait pas d'action, mais la combinaison de carotène et de vitamine aurait par contre une action très nette. L'acide ascorbique est à ce point de vue sans effet.

P.-E. Morhardt.

S. Leites, L. S. Lifschitz et A. Odinow. ***Pathophysiologie des échanges des corps gras dans les affections du foie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 19, 11 Mai 1935, p. 681-684). — Étant donné que le foie intervient dans la déshydrogénation des acides gras et dans la formation des corps cétoniques, on a à diverses reprises recherché à déterminer la lipémie et la cétonémie alimentaire, en cas de maladie du foie, pour voir si les variations des chiffres trouvés permettaient des conclusions intéressantes. L. et ses collaborateurs ont ainsi procédé chez une série de malades, à des recherches qui ont consisté à faire prendre 14 à 15 heures après le dernier repas, 75 gr. de beurre et 20 gr. de pain. Le sang recueilli 3, 6 et 9 heures plus tard était analysé au point de vue de sa teneur en graisses neutres, en acide diacétique et en acide β-oxybutyrique.

Les chiffres initiaux ainsi trouvés pour les graisses neutres chez divers malades ont été normaux. Sous l'influence du repas ce taux manifeste chez ces malades les mêmes variations que chez les sujets normaux. Quand le chiffre initial est faible (inférieur à 60 milligr. pour 100 gr.), on constate une augmentation de la lipémie et quand le chiffre initial est élevé (supérieur à 60 milligr. pour 100 grammes) il survient au contraire de l'hypolipémie. Cette tendance à l'hypolipémie serait d'ailleurs un peu plus marquée chez les hépatiques que chez les normaux.

En ce qui concerne la cétonémie, il a été constaté qu'initialement elle a dépassé 15 fois sur 22 le chiffre normal (9 milligr. pour 100 gr.) l'acide β-oxybutyrique étant la substance qui augmente le plus. Après le repas de beurre, on constate que la cétonémie augmente plus vite chez les hépatiques que chez les sujets sains, le quotient cétonémique étant en moyenne chez ces malades de 3 (1,3 comme minimum et 6,4 comme maximum) tandis que chez les sujets sains, il est en moyenne de 1,5 (avec 1 comme minimum et 4,8 comme maximum). Ainsi, dans la plupart des maladies de foie, il a été constaté un trouble des échanges de corps cétoniques. Cette méthode doit être considérée comme permettant d'apprécier deux fonctions partielles du foie, celle de la fixation du glycogène et celle de la production des corps cétoniques. La détermination de la cétogénèse doit être considérée comme un indicateur de la fonction principale du foie, c'est-à-dire de la production de glycogène.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. Hugues. ***Classification, étiologie, pathogénie et évolution de la rétinite « albuminurique »*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **56**, n° 12, 23 Mars 1935, p. 242-256). — H. qui a examiné le fond d'œil de 405 hypertendus, adopte la classification suivante qui tient compte de l'image rétinienne et de l'affection fondamentale: 1° Tableau complet de la neuro-rétinite « albuminurique » angiospastique, avec le gonflement de la papille, l'œdème péripapillaire, les exsudats floconneux, la figure en étoile de la macula, les hémorragies en forme de flammes ou de taches; 2° la rétinite atypique, comprenant: *a)* la névrite avec œdème péripapillaire léger; *b)* les exsudats en flocons d'ouate; 3° la rétinite artérioscléreuse avec de petits foyers jaunes bien limités, toute lésion œdémateuse faisant défaut; 4° la rétinite liée à la thrombose des veines de la rétine.

A l'origine de toutes ces formes de rétinite existent des troubles circulatoires de la rétine, soit fonctionnels, relevant d'une vasoconstriction généralisée ou d'un angiospasme circonscrit, soit organiques, dus à l'artériosclérose des vaisseaux rétiniens.

L'image complète de la neuro-rétinite se rencontre exclusivement chez les hypertendus pâles. Ce ne sont ni le niveau absolu de la pression ni l'altération de la fonction rénale qui jouent le rôle capital dans la genèse de la neuro-rétinite, mais c'est le niveau de la pression diastolique. Le facteur décisif est très vraisemblablement le spasme vasculaire qui cause l'ischémie rétinienne et l'œdème doit être considéré comme la conséquence de la respiration défectueuse du tissu rétinien. Aussi vaut-il mieux appeler cette forme de rétinite « angiospastique » qu' « albuminurique ». L'insuffisance cardiaque et les lésions vasculaires de la rétine agissent vraisemblablement comme facteurs favorisants.

La rétinite atypique n'est pas sous la dépendance absolue de l'hypertension pâle; on la rencontre aussi dans les hypertensions essentielles bénignes. La forme avec névrite et œdème péripapillaire est celle qui se rapproche le plus du tableau complet de la rétinite angiospastique et il n'existe que des différences de degré. Dans la forme avec exsudats en flocons d'ouate l'importance du facteur angiospasmodique passe à l'arrière-plan; les lésions organiques des vaisseaux prennent en grande partie sa place.

La rétinite artérioscléreuse est indépendante de l'hypertension; elle ne coïncide fréquemment avec elle que parce que les deux états tiennent essentiellement à l'usure des vaisseaux. De même, dans la rétinite de la thrombose, le niveau de la pression est sans importance.

Quant aux modifications des vaisseaux de la rétine au cours de l'hypertension, H. souligne que des veines rétiniennes grêles indiquent déjà avec une grande probabilité une hypertension maligne. Toutefois on ne peut dire qu'elles sont étroitement liées à l'hypertension pâle. En effet, dans la moitié des cas de neuro-rétinite avec tableau complet, H. a trouvé de la stase veineuse. La tortuosité des veines coïncidant avec une image évoquant, par ailleurs, l'hypertension maligne, plaide davantage en faveur d'une sclérose maligne que d'une néphrite chronique.

P.-L. Marie.

K. Hoesch. ***A propos de la méningite lymphocytaire épidémique (méningite séreuse aiguë)*** [*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **56**, n° 18, Mai 1935, p. 401-410]. — On a observé à Dusseldorf en 1933-1934 l'apparition de méningite lymphocytaire bénigne sous forme d'épidémie, semblable à celles relatées dans divers pays d'Europe. H. en rapporte 7 cas survenus entre 12 et 40 ans. La plupart se montrèrent en été ou en automne. Sauf dans un cas, les malades furent pris de façon brutale par de la céphalalgie, des douleurs dans les membres, de la raideur de la nuque, des vertiges et des frissons. Chez 2 malades le début avait été marqué par du coryza, ce qui laisse supposer une origine naso-pharyngée. Les symptômes furent parfois si bénins que, sans la ponction lombaire, certains cas eussent pu être méconnus. La ponction, qui exerça une influence heureuse sur l'évolution, montra un liquide amicrobien, une réaction cellulaire plus ou moins intense, presque uniquement lymphocytaire, de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, souvent de l'hyperalbuminose, les réactions de Pandy et de Nonne étant pourtant généralement négatives. Toutes les recherches bactériologiques demeurèrent vaines.

H. tend à considérer la plupart de ces cas comme des formes frustes d'encéphalite ou de poliomyélite, ainsi que l'indiquent les troubles du sommeil, les paralysies oculaires, la parésie du facial d'origine centrale et la parésie des orteils observée parfois. Toutefois, malgré les recherches bactériologiques négatives, on pourrait penser dans certains cas à une infection méningococcique en raison du coryza. La méningite lymphocytaire épidémique bénigne n'est donc pas une entité morbide, mais un syndrome.

P.-L. Marie.

ZENTRALBLAT für CHIRURGIE
(Leipzig)

Rabboni (Palerme). ***Le blocage des nerfs intercostaux par la méthode de Leotta dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. **62**, n° 23, 8 Juin 1935, p. 1330-1337). — Shepelmann, par des recherches expérimentales, Friedrich et Warstat, par des applications cliniques, ont été les premiers à préconiser, en 1913, la résection des nerfs intercostaux comme moyen d'immobiliser le thorax dans la tuberculose pulmonaire; ils ont été suivis par Alexander, par Morelli, et enfin par Leotta qui s'est appliqué à préciser la technique et les indications de la méthode, telles que les expose son assistant R.

A la résection des nerfs intercostaux, dont l'action est définitive, Leotta préfère leur alcoolisation qui donne une paralysie durant 2 à 3 mois, de telle sorte que l'on peut la prolonger par de nouvelles injections et la faire disparaître quand la guérison est obtenue. C'est la méthode qu'il emploie depuis 1928, après avoir fait d'abord des neurotomies. Depuis 1931, il fait, dans tous les cas de tuberculose, une alcoolisation bilatérale des nerfs, même lorsque les lésions paraissent unilatérales: on obtient ainsi une immobilisation plus complète du thorax, et l'on évite les déplacements du médiastin.

La méthode est également applicable aux abcès du poumon, aux fractures de côtes et aux plaies pleuro-pulmonaires; mais R. n'envisage dans son article que le traitement de la tuberculose.

La technique est simple: dans chaque espace intercostal, on enfonce l'aiguille, à 4 cm. en dehors de l'apophyse épineuse correspondante, jusqu'au contact du bord inférieur de la côte sus-jacente et l'on contourne ce bord en relevant la pointe de l'aiguille; on injecte d'abord 1/2 cmc de novocaïne à 4 pour 100; puis 2 cmc d'alcool à 95°. On effectue de la sorte le blocage de 4 au moins (3 à 6) ou de 5 nerfs intercostaux, des deux côtés.

L'immobilisation du thorax, ainsi obtenue, doit être maintenue, par des réinjections successives pendant 2 ans au moins. La méthode ne doit jamais être associée aux autres procédés de collapsothérapie (pneumothorax, phrénicectomie, thoracoplastie).

Les indications sont, au dire de R., de trois ordres:

1° Indication de nécessité: tous les cas de tuberculose où l'étendue des adhérences pleurales rend impossible l'établissement d'un pneumothorax; — les cas de tuberculose bilatérale; — les tuberculoses fibreuses. Les formes graves et avancées, broncho-pneumoniques et ulcéro-caverneuses, peuvent être également améliorées par l'alcoolisation des nerfs intercostaux, mais on ne peut guère compter sur une guérison véritable.

2° Indication d'urgence: les hémoptysies qui, même alors que tous les autres moyens ont échoué, sont immédiatement arrêtées par l'alcoolisation bilatérale de 2 nerfs intercostaux (3 et 4).

3° Indication relative: les tuberculoses au début, dans lesquelles les lésions sont encore trop discrètes pour que l'on se décide à établir un pneumothorax.

La seule contre-indication est fournie par les cas où la capacité pulmonaire vitale est inférieure à 800 ou 1.000 cmc.

Ch. Lenormant.

Michalowski (Lwoff). ***Contribution à la Mélorhéostose de Léri*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. **62**, n° 23, 8 Juin 1935, p. 1344-1347). — On ne connaît qu'une douzaine de cas de mélorhéostose, affection du système osseux décrite en 1922 par Léri et Joanny. Cette lésion, dont la nature et la pathogénie demeurent obscures, a pour caractère d'être monomélique, de ne frapper qu'un seul membre; et ce caractère la différencie de la maladie d'Albers-Schönberg, qui s'en rapproche par certains aspects, mais est disséminée dans tout le squelette.

Le cas nouveau que publie M. concerne un homme de 27 ans, chez lequel le membre supérieur droit était atteint; la première manifestation clinique avait été constatée, à l'âge de 12 ans, au niveau de la grande phalange de l'annulaire.

L'examen radiographique montre:

L'intégrité de l'omoplate, de la clavicule et de l'humérus;

Une coulée de bougie dans le tiers supérieur du cubitus et un épaississement de la corticale dans la portion sous-jacente de cet os, alors que le radius est indemne;

Des foyers de sclérose osseuse dans la plupart des os du carpe (scaphoïde, semi-lunaire, pyramidal, os crochu);

Une déformation avec sclérose ou coulées de bougie au niveau des 3 derniers métacarpiens et des trois phalanges de l'annulaire, et quelques taches de sclérose dans la grande phalange du médius et de l'auriculaire.

Les troubles fonctionnels se réduisaient à une limitation des mouvements de la 4e articulation métacarpo-phalangienne.

M. a fait, chez son malade, de la radiothérapie sur les lésions locales et sur les parathyroïdes, mais il ne dit pas quel en a été l'effet.

Ch. Lenormant.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG
(Leipzig)

E. Kylin. ***Le diabète antéhypophysaire avec hypertension en tant qu'entité morbide*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. **27**, n° 1, 1er Janvier 1935, p. 1-13). — K. rappelle d'abord les symptômes caractéristiques de l'hypertension essentielle: instabilité de la pression sanguine avec tendance à l'hypertension; déviations de l'équilibre du métabolisme avec tendance à l'hyperglycémie, à l'hyperuricémie, à l'hyperpotassiémie, à l'hypocalcémie, à l'accroissement du métabolisme basal et à la glycosurie; enfin, déviation des réactions à l'adrénaline (aplatissement de la courbe glycémique) et à l'insuline (sensibilité diminuée). Il estime que ces manifestations cachent derrière elles un trouble endocrinien. Au syndrome de l'hypertension essentielle s'oppose de façon frappante celui de la maladie de Simmond ou cachexie antéhypophysaire, qui se caractérise par l'hypotension, l'hypoglycémie, l'hypo-uricémie, l'hypercalcémie, la diminution du métabolisme basal, l'ascension exagérée de la glycémie après adrénaline, l'hypersensibilité à l'insuline.

Cette opposition conduit K. à admettre que l'hypertension essentielle est causée par un hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse qui sécrète, entre autres, comme l'on sait, une hormone thyréotrope, une hormone gonadotrope et une hormone antiinsulinique provoquant l'hyperglycémie et l'hypertension. Ainsi s'expliqueraient l'hyperglycémie et la glycosurie fréquentes des hypertendus, l'augmentation de leur métabolisme basal, l'hypertension elle-même étant la conséquence de la stimulation des surrénales par l'hormone antéhypophysaire en excès, ce qui remet en honneur l'hypothèse de Vaquez et Aubertin sur le rôle de l'hyperadrénalinémie dans l'hypertension. L'hypocalcémie des hypertendus s'explique de même, tandis que l'expérimentation rend compte des déviations de la réaction glycémique à l'adrénaline. L'apparition de l'hypertension, qui se fait habituellement à la période de la vie où la puissance génitale décroît, concorde bien avec une augmentation de la sécrétion de l'hormone gonadotrope (prolan) antéhypophysaire, signalée par Zondek quand cesse la fonction génitale et confirmée par K. chez les hypertendus. K. a pu établir expérimentalement dans le liquide céphalo-rachidien des hypertendus et des femmes enceintes présentant de l'hypertension la présence d'une substance déterminant de l'hyperglycémie.

En somme, d'après K., on pourrait distinguer dans le grand groupe des hypertensions une forme où le facteur antéhypophysaire intervient au premier plan et qui se caractérise par le syndrome humoral ci-dessus décrit associé à l'hypertension.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

A. E. Cohn et **W. H. Lewis.** ***Pneumonie et digitale*** (*The American Journal of the medical sciences*, t. **189**, n° 4, Avril 1935, p. 457-482). — On ne sait pas encore si la digitale, si souvent prescrite aux pneumoniques, leur est utile ou non. Pour fixer ce point, C. et L. ont analysé les observations concernant 1.500 pneumoniques, recueillies depuis 20 ans à l'hôpital de Bellevue, en tenant compte des divers facteurs qui exercent une influence sur l'évolution de la pneumonie, âge, profession, alcoolisme, type du pneumocoque, pneumococcémie, affections cardio-vasculaires concomitantes, etc., et en étudiant ensuite l'action de la digitale dans les divers groupes classés préalablement d'après leur sévérité.

Ils en arrivent à conclure que l'administration de la digitale ne semble pas influer sur l'évolution de la pneumonie, quelle que soit la dose donnée, et le moment où on la prescrit. C'est en réalité la sévérité de la maladie qui décide de son issue, la gravité dépendant surtout de la présence du pneumocoque dans le sang, du nombre des lobes atteints et de l'existence de complications.

Par contre, l'action de la digitale paraît heu-

reuse, et parfois même héroïque, dans les cas où se montre la fibrillation auriculaire.

Il reste douteux que la digitale puisse précipiter l'apparition de la fibrillation, comme on l'a soutenu. Si le fait est exact, il doit se produire fort rarement. D'autre part, la proximité de la mort ne détermine pas l'apparition de la fibrillation; même quand elle existait déjà, elle a cessé dans 10 cas sur 18 un peu avant le décès.

Le blocage du cœur ne s'observe pas pendant la période fébrile de la pneumonie, sauf dans les cas où l'on a administré une dose de digitale assez considérable pour le provoquer.

P.-L. Marie.

C. Reich. ***Valeur diagnostique de la ponction de la moelle sternale en hématologie clinique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 4, Avril 1935, p. 515-519). — S. indique une technique de ponction sternale qui peut être employée de façon répétée avec un minimum de gêne pour le patient. Après badigeonnage à l'iode de la peau du sternum au niveau du 3e espace intercostal et injection de novocaïne dans la peau et le périoste, on enfonce une aiguille spéciale à curseur dans le tissu spongieux et on aspire 10 cmc du liquide sanglant qu'on mélange à 2 cmc de solution d'oxalate de soude à 1,4 pour 100. On centrifuge, puis on fait des frottis avec la couche supérieure couenneuse du culot et on les colore au Giemsa. On numère 1.000 éléments.

La méthode est pratiquement indolore et le prélèvement peut être répété à de fréquents intervalles.

L'établissement de la formule cytologique médullaire rend le diagnostic plus précis et permet de mieux déceler les modifications que présentent les tissus hématopoïétiques.

R. relate quelques cas où la ponction sternale s'est montrée précieuse pour différencier divers types d'anémie, pour établir le diagnostic de leucémie dans des cas douteux et pour reconnaître une leucémie lymphatique aleucémique d'une agranulocytose. Dans un cas, la présence de cellules néoplasiques a pu faire diagnostiquer un cancer de la prostate. P.-L. Marie.

M. Johannides. ***Diaphragmite aiguë primitive (Syndrome d'Hedblom)*** (*The American Journal of the medical sciences*, t. **189**, n° 4, Avril 1935, p. 566-570). — J. décrit un nouveau syndrome caractérisé par une respiration laborieuse et douloureuse, une toux douloureuse, une immobilisation du diaphragme visible à la radioscopie et se manifestant par une respiration du type costal, une douleur abdominale siégeant d'ordinaire dans le quart supérieur droit ou gauche du ventre; parfois, il existe de la douleur le long du rebord costal ou vers la pointe de l'omoplate.

J. a rencontré ce syndrome isolément dans 2 cas et associé à une perforation d'un ulcus latent de la petite courbure dans un autre cas qui se termina par la mort; l'autopsie permit de vérifier les lésions du diaphragme qui présentait une inflammation aiguë, exsudative et proliférative. La surface pleurale peut être atteinte par contiguïté et des adhérences entre le diaphragme et le poumon en résulter comme ce fut le cas chez un des patients. D'autre part, J. pense que certaines fibres du muscle peuvent être remplacées par du tissu cicatriciel, ce qui produirait l'aplatissement du diaphragme constaté radiologiquement chez un des malades longtemps après sa guérison. L'agent infectieux causant ce syndrome pourrait par contiguïté envahir les organes thoraciques ou abdominaux. P.-L. Marie.

R. P. Custer et **E. B. Krumbhaar.** ***Histopathologie des tissus hématopoïétiques dans l'hémophilie*** (*The American Journal of the medical sciences*, t. **189**, n° 5, Mai 1935, p. 620-630). — C. et K. relatent 3 cas typiques d'hémophilie avec autopsie. Il s'agissait de jeunes garçons de 11 à 13 ans dont l'un succomba à une hémorragie rétropéritonéale, un autre à une appendicite gangreneuse compliquée d'hémorragie et le troisième à une pneumonie foudroyante. Une étude histologique complète des tissus hématopoïétiques a pu être faite très rapidement après la mort.

Tous ces tissus présentaient une aptitude normale à la régénération, à type érythroblastique prédominant chez les deux premiers malades (très nombreux mégacaryocytes et érythroblastes dans la moelle osseuse), à type leucoblastique prépondérant chez le troisième (grande abondance des myéloblastes et des promyélocytes, les mégacaryocytes étant encore deux fois plus nombreux que normalement).

L'augmentation très accusée des mégacaryoblastes et des mégacaryocytes de la moelle osseuse chez les trois malades, bien que la cause de la mort fût différente dans chaque cas, témoigne de l'existence d'un rapport entre les plaquettes sanguines et le processus hémophilique. C. et K. ont observé des images qui confirment l'opinion de J. H. Wright qui admet que les plaquettes prennent naissance dans la moelle osseuse aux dépens de pseudopodes du cytoplasme des mégacaryocytes pénétrant au travers de la paroi des sinus sanguins de la moelle.

P.-L. Marie.

D. Meranze, T. Mendell et **T. Meranze.** ***Modifications cytoplasmiques des leucocytes neutrophiles du sang périphérique pouvant aider au diagnostic et au pronostic*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 5, Mai 1935, p. 639-656). — Il s'agit de modifications de la colorabilité du cytoplasme qui, au lieu d'être du rose éosinophilique normal, devient gris sale ou bleu; les granulations sont grossières, irrégulièrement distribuées, se colorant en bleu foncé et la réaction des oxydases est négative; parfois, il y a des vacuoles dans le cytoplasme. Ces altérations sont d'ordre toxique. L'indice de dégénérescence, obtenu en divisant le nombre des globules blancs anormaux par le chiffre total des neutrophiles, permet d'évaluer l'intensité du processus.

M., M. et M., qui ont recherché ces altérations dans les affections les plus diverses, soutiennent qu'elles ont une réelle valeur diagnostique et qu'elles permettent surtout de distinguer les infections localisées des infections généralisées et de préciser la survenue de complications, qu'il s'agisse d'une infection secondaire ou d'une extension de l'infection initiale. Ces altérations se rencontrent le plus souvent dans la pneumonie, la péritonite et les septicémies. Leur apparition, quand un examen hématologique précédent avait démontré leur absence, doit attirer l'attention du médecin sur la probabilité d'une complication surajoutée.

Du point de vue pronostique, l'augmentation de l'indice dégénératif témoigne d'une gravité croissante de la maladie.

La détermination de l'indice de dégénérescence renseignerait souvent davantage que le chiffre total des leucocytes et son étude en série est souvent plus instructive que celle de la figure d'Arneth.

P.-L. Marie.

H. R. Magee et **H. L. Smith.** ***Influence de l'âge sur la fibrillation auriculaire de l'hyperthyroïdie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **189**, n° 5, Mai 1935, p. 683-690). — L'hyperthyroïdie est une des causes les plus fréquentes de la fibrillation auriculaire. M. et S. montrent l'importance considérable du facteur âge dans son apparition. Ils ont envisagé la fibrillation séparément dans le goitre exophtalmique et dans le goitre adénomateux avec hyperthyroïdie.

Dans ces deux catégories, la fibrillation fait défaut avant 20 ans, est rare avant 40 et devient très fréquente après 50; elle existe dans la moitié des cas après 70 ans.

Cette augmentation de fréquence chez les sujets âgés n'est qu'en partie attribuable à l'existence fréquente de la sclérose des coronaires et de l'hypertension passé 40 ans. En dehors de ces processus, l'âge lui-même va de pair avec une tendance à la fibrillation auriculaire et la décompensation cardiaque se produit plus facilement sous l'impulsion de l'hyperthyroïdie.

Parmi 210 cas de fibrillation auriculaire associée à l'hyperthyroïdie, M. et S. ont noté 79 fois de l'augmentation du volume du cœur, alors que dans 35 cas il n'existait ni hypertension ni affection cardiaque antérieure. Chez 62 malades, on constatait de la décompensation cardiaque et, chez 29 d'entre eux, la seule cause trouvée de décompensation était l'hyperthyroïdie. Dans 2 cas seulement, l'augmentation de volume ou la décompensation s'observèrent chez des sujets de moins de 40 ans.

La fibrillation auriculaire due à l'hyperthyroïdie est plus souvent transitoire que continue, surtout quand elle ne s'accompagne pas de lésion cardiaque sérieuse. Cette arythmie apparaît souvent pour la première fois durant la période qui suit immédiatement la thyroïdectomie; dans ce cas, elle cesse spontanément au bout de quelques heures ou de quelques jours. Même quand une lésion cardiaque est survenue, la fibrillation auriculaire fait souvent place au rythme sinusal normal lorsque le cœur a été délivré du fardeau de l'hyperthyroïdie.

Le goitre adénomateux avec hyperthyroïdie aboutit plus souvent à la fibrillation auriculaire et aux autres symptômes de décompensation cardiaque que le goitre exophtalmique. Cette différence dans les deux types de goitre tient surtout à ce que les patients atteints de goitre adénomateux deviennent hyperthyroïdiens une dizaine d'années plus tard que les malades présentant du goitre exophtalmique. L'âge avancé semble être un facteur plus important que la durée ou l'intensité des symptômes pour produire la fibrillation auriculaire et l'insuffisance du myocarde des hyperthyroïdiens.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY
(Chicago)

Davis, Cleveland et **Ingram.** ***Le métabolisme des hydrates de carbone. Effet des lésions hypothalamiques, et de la stimulation du système nerveux autonome*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **33**, n° 3, Mars 1935, p. 592-615). — La fréquente association de l'acromégalie et du diabète sucré attira l'attention sur le rôle de l'hypophyse dans le métabolisme des hydrates de carbone. Des travaux ultérieurs ont montré le rôle respectif des glandes endocrines (hypophyses, pancréas, surrénales) et du système nerveux (thalamus et système nerveux végétatif). Par des expériences nouvelles, D., C. et I. apportent une contribution intéressante aux données acquises.

L'hyperglycémie et la glycosurie consécutives à la pancréatectomie ne se produisent pas chez les animaux dont le lobe antérieur de l'hypophyse a été détruit. La greffe sous la peau de lobe antérieur d'hypophyse ou l'injection d'extrait fait apparaître chez ces animaux le diabète.

L'existence de lésions hypothalamiques bilatérales et symétriques empêche l'apparition d'hyperglycémie et de glycosurie, chez les animaux auxquels on fait une pancréatectomie. Ces lésions doivent être situées dans la région du *tuber cinereum*, légèrement en dehors et en arrière des corps mamillaires, au niveau du noyau hypothalamique

BAUME AROMA

POMMADE

Constituants du liniment de Rosen – Salicylate d'Amyle – Menthol – Capsicum

RHUMATISME – GOUTTE – LUMBAGO

SCIATIQUES – NÉVRITES – FOULURES – PLEURÉSIE SÈCHE – POINTS DE COTÉ

LABORATOIRES MAYOLY-SPINDLER – 1, Place Victor-Hugo – PARIS (XVIe) —— *R.C. Seine 233.927*

Syphilis

Paludisme et maladies tropicales, Blennorragie (Complications). Infection puerpérale. Érysipèle. Zona. Athrepsie. Anorexie des nourrissons. Angine de Vincent. Goître endémique.



EKTOPHANOL

Sel de Lithium de l'acide phénylquinoleine-carbonique.

Fortement diurétique. — Puissant mobilisateur et solvant de l'acide urique.

Rhumatismes musculaires ou articulaires aigüs ou chroniques. — Goutte. — Sciatique. — Lumbago, etc.

Présentation : Boîte G. M. : 32 Cachets. — Boîte P. M. : 16 Cachets.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE

Ch. DESGREZ, Dr en Phie. 19-21, Rue Van-Loo, PARIS (XVIe). Tél. : Auteuil { 26-62 / 04-30.

DIGESTION DES FÉCULENTS, MATERNISATION DU LAIT,

Neurasthénie, Rachitisme, Tuberculose

CONVALESCENCE

AMYLODIASTASE THÉPÉNIER

"PHOSPHODIASTASES" ÉMINEMMENT ASSIMILABLES DES CÉRÉALES GERMÉES

COMPRIMÉS — 2 à 3 Comprimés après chaque repas

SIROP — 2 cuillerées à café après chaque repas

Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e

ventromédian. Les recherches de Dandy, de Cajal, de Greving et Pines, qui ont montré la riche innervation neuro-végétative se rendant des noyaux du tuber à l'hypophyse, expliquent amplement ces constatations.

La réalité de ces faits est prouvée par la constatation que l'excitation du ganglion sympathique cervical supérieur et du ganglion stellaire produit une hyperglycémie et une glycosurie marquée. On n'obtient pas ces résultats en cas de section des splanchniques, ou de lésions symétriques de l'hypothalamus. H. Schaeffer.

LA RIFORMA MEDICA (Naples)

F. Catelli. ***Recherches sur le comportement des amino-acides et du glucose dans les liquides d'ascite.*** (*La Riforma Medica*, t. **50**, n° 51, 22 Décembre 1934, p. 1960-1966). — G. a étudié comment les constituants du sang portal passaient dans le liquide d'ascite et choisi parmi eux le glucose et les amino-acides; il a fait prendre à 10 malades atteints d'ascite (d'origine hépatique, cardiaque ou tuberculeuse) un repas comportant 65 gr. de protéines et 70 gr. d'hydrates de carbone et dosé dans le liquide péritonéal avant le repas et 4 et 8 heures après celui-ci, les amino-acides et le sucre; à la 4e heure, il y a avait déjà eu passage des amino-acides et du sucre dans l'ascite; à la 8e heure, le taux des amino-acides tendait encore à s'élever dans 2 cas et baissait dans les autres, restant dans 4 cas supérieur à la valeur initiale; le sucre baissait dans tous les cas, arrivant dans 5 au-dessous de la valeur initiale. Par quel processus le taux du sucre et des amino-acides diminue-t-il? Le rôle des éléments cellulaires de l'épanchement paraît peu important; celui des diastases digestives réabsorbées par la muqueuse et passées dans le sang portal, puis dans l'ascite, semble essentiel; en effet, dans des échantillons de liquide d'ascite maintenus à une température de 40°, les taux du glucose et des amino-acides baissent peu à peu et l'abaissement est plus accentué lorsque le liquide a été prélevé après le repas que lorsqu'il l'a été avant. Lucien Rouquès.

S. de Candia et **T. Galli.** ***Action d'un repas de fruits et de légumes et d'un repas carné sur le fonctionnement hépatique*** (*La Riforma Medica*, t. **51**, n° 1, 5 Janvier 1935, p. 3-5). — C. et G. ont étudié l'action sur le foie de repas composés soit de fruits frais et de légumes cuits, soit de viande grillée, chez des sujets convalescents ou atteints d'affections diverses, touchant ou non le foie; comme méthode d'exploration fonctionnelle, ils ont choisi celle de la courbe amino-acidémique de Bufano (dosage en série de l'amino-acidémie avant et après injection intraveineuse de glycocolle; à l'état normal, l'amino-acidémie tombe au-dessous du chiffre normal en raison du pouvoir désaminant du foie; elle reste stationnaire ou s'élève lorsque le foie est touché). Après le repas de fruits et de légumes, l'amino-acidémie a baissé 8 fois, est restée stationnaire 1 fois et s'est élevée 1 fois; le pouvoir de désamination a donc augmenté et le fonctionnement hépatique s'est amélioré dans l'ensemble, ce qui tient sans doute au glucose apporté à l'organisme par ce repas. Après le repas de viande, l'amino-acidémie n'a baissé que 2 fois, est restée stationnaire 3 fois et s'est élevée 5 fois; cette tendance à un fonctionnement moins actif du foie dépend peut-être en partie de l'état acidosique qu'entraîne l'ingestion de viande. Lucien Rouquès.

M. Mazzeo et **V. Mauro.** ***Sur la fréquence des lésions tuberculeuses chez les boulangers*** (*La Riforma Medica*, t. **51**, n° 1, 5 Janvier 1935, p. 6-10). — Sur 700 ouvriers boulangers, M. et M. ont trouvé 68 sujets porteurs de lésions pulmonaires cliniquement suspectes; après examen radiographique, la tuberculose a été confirmée dans 7 cas et l'examen des crachats a montré des bacilles dans 2 de ces cas, tandis que dans 2 autres, les bacilles peu abondants n'ont été décelés que par la culture ou l'inoculation. La tuberculose des boulangers, sans être très fréquente, a un gros intérêt social, car elle est une cause de contaminations faciles. D'après les expériences de Mauro, on est autorisé à supposer que l'inhalation continuelle des grains d'amidon favorise le développement de la tuberculose; les grains d'amidon sont facilement mis en évidence dans les crachats en même temps que les bacilles, en substituant dans la technique de Ziehl la recoloration par le lugol à la recoloration par le bleu de méthylène. Lucien Rouquès.

G. Cozzatti. ***Sur l'importance de l'acidité gastrique dans l'hypoglycémie par sondage duodénal*** (*La Riforma Medica*, t. **51**, n° 7, 16 Février 1935, p. 244-255). — On sait qu'il résulte des nombreuses recherches entreprises sur les corrélations fonctionnelles entre les sécrétions externe et interne du pancréas, que l'introduction d'acide chlorhydrique dans le duodénum quelle que soit la voie d'introduction (ingestion, tubage duodénal) provoque non seulement une sécrétion pancréatique externe, mais aussi une sécrétion insulinienne dont témoigne une hypoglycémie passagère. Au cours de travaux déjà analysés, C. a montré que le tubage duodénal à blanc provoquait de l'hypoglycémie, mais qu'un simple tubage gastrique prolongé avait le même effet; d'où l'importance à attacher au contact de la sonde avec la paroi gastrique; il y avait donc lieu d'admettre à côté du mécanisme réflexe duodéno-insulaire décrit par Pende, à côté aussi d'un éventuel réflexe gastro-pancréatique un tout autre mécanisme: le contact prolongé de la sonde détermine une sécrétion gastrique acide dont le passage dans le duodénum provoque une sécrétion de sécrétine qui aboutit par voie humorale à une hypoglycémie insulinienne. De nouvelles recherches ont permis à C. de confirmer le bien-fondé de cette hypothèse chez les hyper- et les normochlorhydriques; chez les hypo- et les anachlorhydriques, l'hypoglycémie par sondage gastrique existe tout en étant plus faible que chez les sujets précédents; elle peut être attribuée soit à l'action sur le duodénum d'une sécrétion gastrique autre que l'acide chlorhydrique, soit à un réflexe gastro-insulaire direct ou gastro-duodéno-insulaire indirect, sans qu'il soit encore possible de choisir entre ces diverses hypothèses. Lucien Rouquès.

M. Sorrentino. ***La diathermie du sinus carotidien dans l'hypertension*** (*La Riforma Medica*, t. **51**, n° 8, 23 Février 1935, p. 284-290). — Chez 16 hypertendus avec ou sans lésions rénales, S. a essayé la diathermie des sinus carotidiens: applications de 15 à 25 minutes de durée, électrodes de 10 × 15 cm. sur chaque région sinusale, intensité de 350 à 1.100 milliampères, 15 séances en général 1 jour sur 2, parfois quotidiennes. Après 10 minutes de diathermie, la maxima baisse de 0,5 à 1 cm. 5 de mercure et, à la fin des séances, de 1 à 2 cm.; après la série des séances, la baisse de la maxima devient permanente et atteint 1 à 5 cm.; celle de la minima, plus faible, est de 1 à 2 cm. L'abaissement est surtout marqué chez les grands hypertendus, moins important chez les petits hypertendus; chez les femmes, l'effet hypotenseur est dans la règle plus rapide et plus grand. Ces résultats s'accompagnent d'une sensation de mieux-être très nette; 1 mois ou 6 semaines après la fin de la série, la tension commence à remonter, surtout chez les petits hypertendus; chez ceux dont la maxima dépasse 20 cm., la pression, au bout de 6 mois, reste encore inférieure de 1 à 2 cm. au chiffre initial. Aucun incident n'est observé au cours du traitement. Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] (Rome)

G. Barbera. ***Le fonctionnement du foie chez les tuberculeux*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **41**, n° 50, 17 Décembre 1934, p. 1965-1973). — On sait la fréquence des altérations hépatiques trouvées à l'autopsie des tuberculeux pulmonaires; B. a recherché si ces altérations pouvaient être décelées du vivant des malades par l'examen clinique, celui des urines, le dosage de la glycémie, l'étude de la coagulabilité et de la formule leucocytaire, l'épreuve de l'hémoclasie digestive et les épreuves de la lévulosurie et de la galactosurie. Il a constaté que dans ses formes graves et évoluant depuis plus d'un an, la tuberculose pulmonaire entraîne toujours des troubles hépatiques, troubles qui, suivant les cas, peuvent s'amender ou devenir définitifs. Au point de vue du pronostic, l'exploration fonctionnelle du foie est utile chez les tuberculeux pulmonaires car il semble que les lésions hépatiques ont une action défavorable sur la marche de la tuberculose et que l'intégrité du foie est un élément important de la guérison. Lucien Rouquès.

T. Guerrieri. ***Calcification sous-cutanée du pénis chez un diabétique hypercalcémique; hyperparathyroïdisme?*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **41**, n° 50, 17 Décembre 1934, p. 1980-1985). — Un sujet de 37 ans est atteint d'une balano-posthite érosive rebelle qui fait dépister un diabète sévère qui nécessite un traitement insulinique; 2 ans plus tard, on constate à l'extrémité des corps caverneux une masse dure, du volume d'un pois, dont la radiographie montre la nature calcaire; la calcémie est anormalement élevée: 143 milligr. par litre. G. estime que chez ce sujet hypercalcémique, la cicatrisation d'une lésion des lymphatiques consécutive à la balano-posthite a été un point d'appel pour le dépôt de sels calcaires; le diabète et l'hypercalcémie lui semblent l'expression d'une dysendocrinopathie où le pancréas et les parathyroïdes jouent le rôle principal. Lucien Rouquès.

R. del Zoppo. ***L'épreuve du rouge congo dans les diverses affections du foie*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **42**, n° 3, 21 Janvier 1935, p. 89-94). — L'épreuve du rouge congo dans les maladies du foie est surtout intéressante pour déterminer l'état fonctionnel du système réticulo-histiocytaire. La rétention du colorant dans le plasma sanguin est à son maximum lorsque l'atteinte de l'appareil réticulo-endothélial est très importante, comme dans les syndromes de Banti: la rétention est moyenne dans les affections qui portent à la fois sur le parenchyme et sur l'appareil réticulo-endothélial, comme dans certaines cirrhoses, la syphilis, le cancer et les abcès du foie. Lorsque l'affection entraîne une rétention biliaire intense, aiguë ou chronique, la rétention du rouge congo est toujours assez élevée sans que cela implique une lésion importante du tissu réticulo-endothélial; il semble que les éléments de ce tissu saturés par les pigments biliaires sont incapables de fixer un nouveau colorant. Lucien Rouquès.

A. Gasbarrini. ***Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de P. Marie*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **42**, n° 7, 18 Février 1935, p. 249-260). — Un sujet de 55 ans présente une ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique dont l'origine reste imprécise; le seul phénomène morbide

retrouvé chez lui est un syndrome de compression médiastinale légère avec pleurésie séro-fibrineuse dont la nature exacte n'a pu être reconnue et qui au surplus paraît postérieure au développement de l'ostéo-arthropathie. Une ponction du genou a ramené un liquide citrin, filant, un peu opalescent, coagulant rapidement en formant un réticulum grossier, et contenant des cellules de type macrophagique et histiocytaire, quelques cellules lymphoïdes, de très rares polynucléaires et de volumineuses gouttes libres de graisse; ce liquide n'a pas tuberculisé le cobaye. LUCIEN ROUQUÈS.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

G. Cossali et **G. Cozzutti.** ***Les formes anormales de la lymphogranulomatose maligne*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 1, Janvier 1935, p. 13-95). — On peut classer ainsi les formes anormales de la lymphogranulomatose maligne: formes thoraciques (médiastinale, pleurale, pulmonaire), abdominales (splénomégalique, hepato-splénomégalique, gastro-intestinale), nerveuses, ostéo-périostées, cutanées et, tout à fait exceptionnellement, formes pseudo-blastomateuses et formes simulant le syndrome de Mikulicz. L'examen de sang, d'après l'expérience de C. et C. qui porte sur une centaine de cas, ne donne pas de renseignements caractéristiques: la leucopénie est plus fréquente que la leucocytose surtout dans les formes hépato-splénomégaliques; la neutrophilie avec lymphopénie est habituelle, les éosinophiles dépassent rarement 3 à 4 pour 100, les monocytes sont souvent augmentés de nombre. La syphilis est fréquente dans les antécédents; elle crée peut-être un terrain favorable au développement du virus lymphogranulomateux, comme la tuberculose qui semble plus souvent en cause. Dans un cas, au début, où l'affection paraissait encore localisée, l'ablation de la lésion n'a pas enrayé l'évolution qui a été anormalement rapide. Les injections intraveineuses de sel de thorium n'ont aucune efficacité; la radiothérapie est seule efficace, mais son action s'épuise rapidement. LUCIEN ROUQUÈS.

S. Bazzano. ***Sur l'action thérapeutique du benzoate de soude administré par voie intraveineuse*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 2, Février 1935, p. 127-150). — Les propriétés que l'on a reconnues au benzoate de soude sont nombreuses: anti - microbienne, anti - toxique, désintoxicante en tant que stimulant de la fonction hépatique, anti-enzymatique. Les injections intraveineuses de benzoate de soude (2 centicubes de solution à 25 pour 100), suivant la technique proposée par B., en 1932, paraissent très efficaces dans l'ulcère gastro-duodénal puisque sa statistique comporte 177 guérisons sur 180 cas; le nombre des injections nécessaires varie de 20 à 60, la moitié des guérisons environ ayant été obtenues avec moins de 35 injections. L'étude des malades au cours du traitement montre que le benzoate de soude diminue l'activité de la sécrétion pepsique, augmente la coagulabilité du sang et a, en dehors de son action hypotensive immédiate après chaque injection, une action durable sur la pression: sur les 180 malades, 114 présentaient à la fin de la cure une pression en baisse, 45 une pression en hausse légère et les autres une pression stationnaire; enfin, on observe l'augmentation des substances alcalines de réserve du sang et une tendance du pH vers les valeurs acides, favorable aux processus de cicatrisation et au trophisme général.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Archi. ***La formule érythrocytométrique dans les maladies du foie et des voies biliaires*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 2, Février 1935, p. 165-181). — La macrocytose est la règle dans la cirrhose de Laennec (18 cas sur 19), dans les hépatites interstitielles syphilitiques (2 cas sur 2), dans le foie cardiaque (5 cas sur 6); elle est fréquente dans l'ictère catarrhal (7 cas sur 11); elle n'existe dans l'angiocholite et la cholécystite lithiasique que lorqu'il y a un ictère associé (3 cas non ictériques sans macrocytose, 4 cas ictériques sur 7 avec macrocytose); la macrocytose manque dans les lésions ciconscrites du foie (métastases, abcès, kyste hydatique), à moins qu'il n'y ait de l'ictère. La macrocytose des affections diffuses du foie a été attribuée à des altérations physico-chimiques du sang ou à l'excitation de la moelle osseuse par l'agent pathogène; il semble que les deux hypothèses sont vraies l'une ou l'autre suivant les cas.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA
(Parme)

C. Pezzarossa. ***Le méga-œsophage*** (*Giornale di Clinica medica*, t. **16**, n° 4, 20 Mars 1935, p. 373-398). — Une femme de 38 ans a depuis 4 années des signes de typhlo-cholécystite et depuis 2 années une pesanteur rétro-sternale aussitôt après l'ingestion d'aliments, remplacée peu à peu par des douleurs avec régurgitation; l'examen radiographique montre un méga-œsophage avec sténose au niveau du diaphragme; les antispasmodiques et la diathermie épigastrique n'ayant rien donné, P. pensant à la possibilité d'un phrénospasme à point de départ éloigné, fait pratiquer l'ablation de la vésicule et de l'appendice; la malade éprouve un soulagement de 2 ans, puis représente les mêmes phénomènes; la radiographie montre une dilatation de l'œsophage moins importante qu'auparavant. Passant en revue les diverses données sur le méga-œsophage, P. conclut que le traitement doit consister dans une dilatation directe de la sténose faite avec prudence sous écran ou à l'œsophagoscope et en cas d'échec, dans une cardiomiotomie suivant la méthode de Heller.

LUCIEN ROUQUÈS.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

M. Bassi. ***La pression artérielle aux membres supérieurs et inférieurs chez les sujets normaux et dans les diverses cardiopathies*** (*Rivista di Clinica medica*, t. **35**, n° 22-23, 30 Novembre-15 Décembre 1934, p. 823-847). — Chez les sujets normaux, la pression maxima et la pression différentielle sont plus élevées au niveau de la fémorale que de l'humérale; l'excès de la pression systolique fémorale est en moyenne de 25 m. de mercure avec un minimum de 4 à l'âge moyen de la vie et un maximum de 60 au delà de 70 ans; la pression diastolique s'élevant proportionnellement plus que la systolique des membres supérieurs aux membres inférieurs, l'excès de la pression différentielle fémorale est moins grand que celui de la pression maxima fémorale : 8 à 19 m. de mercure jusqu'à 60 ans et 30 m. au-dessus de 60 ans. Les différences des pressions sont de même ordre mais moins accusées de la radiale à la tibiale.

Chez les mitraux compensés, le comportement des pressions est analogue à celui des sujets sains. Dans l'insuffisance aortique, l'écart entre les pressions systoliques et différentielles est le même; il est particulièrement accusé, allant de 53 à 155 mm. de l'humérale à la fémorale. Chez les mitro-aortiques, l'écart est intermédiaire entre celui des mitraux et des aortiques. Dans le rétrécissement aortique, l'écart des pressions est très faible (4 mm.) aux segments proximaux et parfois inversé aux segments distaux. Dans les doubles lésions aortiques, l'écart est plus ou moins grand suivant que prédomine l'insuffisance ou le rétrécissement. Il faut retenir surtout l'écart considérable des pressions des membres dans l'insuffisance aortique: un écart de plus de 35 mm. entre les différentielles à la fémorale et à l'humérale lorsqu'il n'y a pas une cause évidente (âge avancé, sclérose marquée du système vasculaire périphérique) est un signe presque certain d'insuffisance aortique.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. Rosselli del Tarco. ***Mécanisme de l'action des rayons X sur l'hémopoïèse, en rapport avec une éventuelle thérapeutique chimique des leucémies*** (*Rivista di Clinica medica*, t. **35**, n° 22-23, 30 Novembre-15 Décembre 1934, p. 863-876). — Plusieurs auteurs, à la suite de Curschmann et Gaupp ont proposé de traiter les leucémies par l'injection de sang d'homme ou d'animal irradié, partant de cette idée qu'il se forme dans le sang d'un être soumis à des rayons X une leucotoxine capable de lyser les globules blancs des sujets à qui on l'injecte avec le sang. Cette idée paraît erronée; le sang d'un animal rendu leucopénique par irradiation des organes hémopoïétiques, et privé de ses éléments protéiques, n'a aucune action leucopénique chez un autre animal; le sang total provoque bien une leucopénie mais celle-ci apparaît rapidement après l'injection et dure peu; elle ne semble pas due à une action leucotoxique mais à un déplacement des leucocytes du système circulatoire périphérique vers les territoires profonds; elle traduit simplement une crise hémoclasique consécutive à l'injection de protéines hétérogènes. Les tentatives de traitement des leucémies par le sang irradié sont donc théoriquement injustifiées.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. De Giorgi. ***Nouvelles observations sur l'anémie chez les malades en état d'urémie vraie*** (*Rivista di Clinica medica*, t. **35**, n° 24, 30 Décembre 1934, p. 902-917). — Il existe chez les urémiques un type spécial d'anémie étudié par Volterra et dont G. apporte deux observations; ce type qui n'est pas sans analogies avec l'anémie de Biermer se caractérise par une anémie avec anisocytose, macro- et microcytose, poïkilocytose, forme globuleuse des hématies et valeur globulaire supérieure à l'unité; la formule leucocytaire indique une neutrophilie considérable avec déviation à droite de la formule d'Arneth; très souvent et surtout à l'approche de la mort il existe une leucocytose qui peut atteindre une valeur élevée. Cette anémie hyperchrome semble dépendre de l'accumulation dans l'organisme de produits toxiques dérivant de la scission des protides et contenant dans leur molécule des groupements phénols, produits qui permettent de réaliser chez l'animal des anémies identiques.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL MORGAGNI
(Naples)

A. Gugliucci. ***La phase initiale de la courbe glycémique après ingestion de glucose chez les hépatiques*** (*Il Morgagni*, t. **76**, n° 49, 6 Décembre 1934, p. 1479-1483). — G. a étudié les variations de la glycémie chez des sujets sains et des sujets atteints d'affections hépatiques variées (cirrhose, cancer, syphilis, foie cardiaque, etc.) ayant absorbé 1 gr. 5 de glucose par kilogramme; les dosages étaient faits avant l'ingestion et après 5, 10, 20 et 30 minutes, 1, 2, 3 et 4 heures. En règle générale, chez les sujets normaux, on note une élévation précoce et progressive de la glycémie déjà nette à la 5e minute; chez les hépatiques, on observe un abaissement de la phase initiale de la courbe, surtout évident à la 5e minute, cette hypoglycémie pré-hyperglycémique étant d'autant plus intense que l'atteinte du foie est plus profonde.

L'étude de la phase initiale peut être adoptée comme épreuve de la fonction glycogénique du foie; elle a sur la méthode usuelle de la glycémie alimentaire les avantages d'être plus rapide et de nécessiter moins de prélèvements de sang. On peut donner de l'hypoglycémie précoce des hépatiques l'explication suivante: étant donnée leur insuffisance glycogénolytique, l'hyperinsulinisme relatif qui s'établit lors de l'ingestion de sucre, n'est plus compensé par un passage rapide de glucose dans le sang.

LUCIEN ROUQUÈS.

N. Fucci. ***Recherches sur l'amylase du sang et du liquide céphalo-rachidien à l'état normal et au cours des affections syphilitiques*** (*Il Morgagni*, t. **77**, n° 4, 27 Janvier 1935, p. 91-96). — L'amylase existe dans le liquide céphalo-rachidien des sujets normaux à un taux plus faible que dans le sérum (2,3 unités diastasiques avec la méthode de Wohlgemuth contre 5,7). Contrairement à ce qu'ont soutenu Marchionini et Ottenstein, il n'est pas exact que l'amylase soit pratiquement toujours absente dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de syphilis nerveuse non traitée; mais le pouvoir amylolytique, lorsqu'il n'est pas nul, est toujours faible: en moyenne, 0,55 unités avec un maximum de 1,4; l'amylase sérique est nettement augmentée chez les syphilitiques: de 10 à 40 unités, avec une moyenne de 24,6. Cette dissociation entre les taux de l'amylase sérique et liquidienne semble indiquer que l'amylase liquidienne n'est pas d'origine sanguine, mais d'origine locale; les variations de l'amylase liquidienne dans la syphilis dépendent des modifications physico-chimiques des colloïdes des cellules nerveuses produites par l'infection; elles paraissent dépourvues de toute valeur pour le diagnostic biologique de la neuro-syphilis.

LUCIEN ROUQUÈS.

Espedito di Lauro. ***La quinine et l'oreille : étude expérimentale*** (*Il Morgagni*, t. **77**, n° 6, 10 Février 1935, p. 147-149). — La quinine a une action élective sur l'oreille interne, déterminant après un usage prolongé une neuro-labyrinthite toxique avec diminution de l'ouïe et syndrome vertigineux. Chez des lapins ayant reçu des injections de bichlorure de quinine, L. a recherché celle-ci au niveau des divers organes avec la technique suivante: broyage de l'organe avec un excès de chaux vive, extraction à l'éther, évaporation de l'éther, reprise du résidu éthéré par l'acide sulfurique dilué, filtration, examen en lumière de Wood ou recherche de la coloration verte après addition d'eau de brome et d'ammoniaque. On trouve de la quinine dans l'oreille interne et en plus petite quantité dans l'oreille externe; les méthodes employées ne permettent pas d'en déceler dans l'oreille moyenne; il en existe aussi au niveau du tissu nerveux, de la rate, du foie et dans les urines.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE
(Bologne)

A. Chiatellino et **G. Oselladore.** ***Lésions du foie au cours des affections inflammatoires ou lithiasiques de la vésicule*** (*Archivio delle malattie dell' apparato digerente*, t. **3**, n° 3, Septembre 1934, p. 199-232). — De biopsies du foie pratiquées dans 40 cas de cholécystites simples ou lithiasiques, C. et O. concluent à la quasi-constance d'une hépatite subaiguë ou chronique, caractérisée par des foyers d'infiltration péribiliaires ou péripostaux et, surtout lorsque l'évolution a été de longue durée, par des altérations dégénératives du parenchyme et une prolifération du tissu connectif qui peut arriver à reproduire l'aspect de la cirrhose annulaire. Il est fréquent de ne pas observer de correspondance nette entre l'importance des lésions hépatiques et vésiculaires; il semble qu'on puisse admettre que dans la règle les lésions hépatiques sont primitives ou tout au moins contemporaines des lésions vésiculaires; mais il n'en est pas moins certain que la persistance des troubles vésiculaires a une répercussion fâcheuse sur les lésions hépatiques. La cholécystite n'est pas une affection isolée, mais un élément d'un état plus complexe d'hépato-cholécystite.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Ceccarelli. ***Sur le traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires*** (*Archivio delle malattie dell' apparato digerente*, t. **3**, n° 3, Septembre 1934, p. 233-245). — Le traitement des kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires doit porter suivant certains auteurs sur le kyste et suivant d'autres sur les voies biliaires; C. estime que les 2 méthodes ont des indications: marsupialisation du kyste quand il est d'abord facile, drainage des voies biliaires quand la vue, le palper, les ponctions ne permettent pas de localiser le kyste et quand les vésicules filles obstruant les voies biliaires donnent une rétention biliaire accentuée avec angiocholite. Lorsque l'ictère et l'infection sont intenses, le drainage des voies biliaires s'impose même si la marsupialisation du kyste est facile; lorsque l'abord du cholédoque est trop compliqué, on se contente d'une cholécystostomie. Le traitement idéal est l'association des deux interventions sur le kyste et les voies biliaires; mais l'état du malade impose souvent une opération en deux temps. Deux observations personnelles, l'une suivie de mort et l'autre de guérison, servent de base au travail.

LUCIEN ROUQUÈS.

E. Pagliai et **G. Mangione.** ***Le pancréas dans l'occlusion intestinale aiguë*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **3**, n° 4, Octobre 1934, p. 324-337). — Certains auteurs nient l'existence d'une pancréatite en rapport avec l'occlusion intestinale aiguë et n'admettent que l'existence d'altérations régressives de même ordre que celles que l'on rencontre au niveau des autres viscères; d'autres auteurs soutiennent que le reflux des liquides duodénaux dans les canaux pancréatiques ou des troubles circulatoires provoquent une pancréatite qui joue un grand rôle dans le mécanisme du décès.

P. et G., ayant réalisé chez 14 chiens des occlusions par section et suture à divers niveaux depuis le pylore jusqu'à la fin de l'iléon, n'ont jamais observé de foyers hémorragiques ou de zones de nécrose dans le pancréas dont la seule anomalie était la forte congestion du réseau veineux; histologiquement, rien ne rappelait la cyto-stéato-nécrose, il n'y avait que des altérations régressives banales, peu accusées et sensiblement les mêmes suivant le niveau de l'occlusion. D'ailleurs, si on étudie les expériences publiées, on remarque que l'éventualité d'un reflux intra-canaliculaire des sucs duodénaux dans les canaux pancréatiques est inadmissible, comme celle d'une pancréatite par trouble circulatoire. P. et G. n'ont pas pu reproduire les expériences de Bottin qui aurait déclenché des pancréatites aiguës en injectant sous pression dans le duodénum de chiens des liquides intestinaux prélevés dans les anses de chiens en état d'occlusion. De même, rien ne confirme l'hypothèse d'une toxicité propre du suc pancréatique ou d'une action corrosive de ce suc sur les anses en amont de l'obstacle. Le rôle du pancréas dans l'occlusion se borne aux conséquences de la perte du suc pancréatique par défaut d'absorption.

LUCIEN ROUQUÈS.

ORVOSI HETILAP
(Budapest)

L. Armentano. ***La régulation centrale du métabolisme basal*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 12, 23 Mars 1935, p. 311). — Parmi les publications des dernières années, on trouve de plus en plus fréquemment des travaux affirmant qu'en bien des cas d'hyperthyroïdie, le métabolisme basal n'est que très peu augmenté. Il existe en outre d'autres sujets, chez qui on ne peut observer le moindre changement du métabolisme respiratoire. C'est pourquoi il serait important de vérifier si, dans ces cas et surtout dans les derniers, il s'agit vraiment de thyrotoxicose.

En ce qui concerne les recherches d'A., il a essayé de chercher un signe différentiel, à l'appui des observations de Bernhardt et Bay. Ceux-ci ont constaté que dans la maladie de Basedow, l'administration de morphine et de gardénal, produisait sur le métabolisme respiratoire un effet différent de celui des cas normaux. Chez les sujets normaux, le gardénal n'a aucun effet sur le métabolisme, tandis qu'après l'administration de la morphine on peut observer une légère diminution de celui-ci. Chez les basedowiens, le métabolisme basal diminue très sensiblement sous l'influence de la morphine et encore davantage après l'administration du gardénal.

A. trouve qu'il est impossible d'obtenir, en utilisant les observations de Bernhardt et Bay, une distinction différentielle par l'analyse du métabolisme basal, dans les cas d'hyperthyroïdie où l'on ne constate pas une augmentation du métabolisme respiratoire.

Dans les thyrotoxicoses, ces expériences donnent souvent les chiffres normaux. Même chez les basedowiens, les résultats de l'analyse sont très variables.

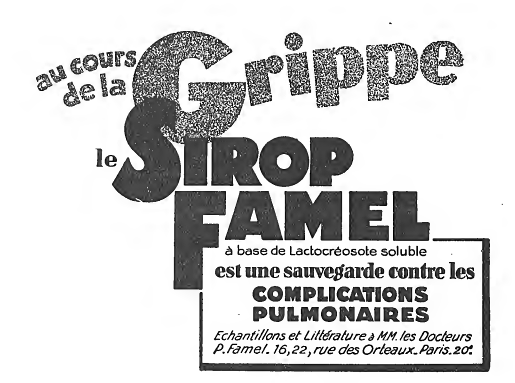
Après l'administration de morphine et de gardénal chez ces sujets, le métabolisme basal ne baisse pas dans tous les cas, quelquefois il est stable et dans d'autres on peut observer même une augmentation très nette des échanges respiratoires. On peut influencer le métabolisme respiratoire en agissant sur les centres nerveux. Selon l'effet excitant ou paralysant sur les centres d'un médicament narcotique, le métabolisme augmente ou diminue. Cet effet pourtant ne donne qu'une oscillation de 2 à 10 sur la valeur initiale.

A. BLAZSO.

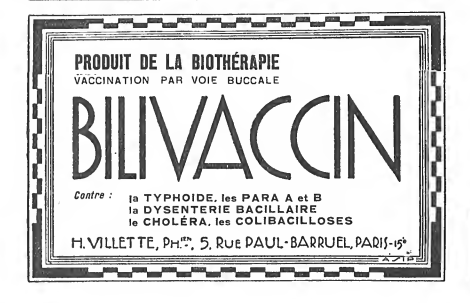
A. Koranyi et **A. Bentsath.** ***Sur l'effet hémostatique de l'acide ascorbique dans les hématuries*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 14, 6 Avril 1935, p. 378). Depuis la découverte de la vitamine C, on s'occupe de plus en plus à étudier ses diverses actions et surtout celles de ses caractères physiologiques. L'action hémostatique de l'acide ascorbique, par rapport au scorbut, a été reconnue déjà au cours des premières recherches. L'intérêt des savants s'est bientôt concentré aux observations de ce genre et on a tâché d'appliquer l'acide ascorbique au traitement de maladies diverses liées à des hémorragies.

S'appuyant sur ces considérations, K. et B. emploient la vitamine C dans les hématuries. Dans la plupart des cas, on observe que dans 2 à 3 jours, l'hématurie cesse et il ne reste que quelques malades chez qui persiste encore une hématurie microscopique.

Parallèlement à ces recherches, K. et B. ont examiné aussi les fractions de protéides du sang. Dans une partie des cas K. et B. observent que lorsque l'hématurie s'arrête, en même temps la protéine totale et, en particulier la fraction d'albumine du sérum augmentent. Mais chez d'autres sujets on trouve que malgré l'arrêt de l'hématurie, ni la protéine totale, ni les fractions des protéides ne changent. Conformément à ces observations,



au cours de la Grippe
le SIROP FAMEL
à base de Lactocréosote soluble
est une sauvegarde contre les
COMPLICATIONS PULMONAIRES
Echantillons et Littérature à MM. les Docteurs
P. Famel. 16, 22, rue des Orteaux. Paris. 20e



PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
Contre : la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES
H. VILLETTE, Ph.ien, 5, Rue PAUL-BARRUEL, PARIS-15e



MANGAÏNE

K. et B. refusent d'admettre la théorie de Börger et Schröder, d'après laquelle il y aurait une relation entre l'effet hémostatique de l'acide ascorbique et la variation des fractions des protéïdes de sérum.

A. Blazso.

J. Barla Szabo. ***Le traitement de la dysenterie bacillaire grave par l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 14, 6 Avril 1935, p. 382). — Etant donné que suivant les observations d'autres auteurs, l'extrait hypophysaire peut diminuer dans l'intestin les signes inflammatoires et arrêter une sécrétion abondante, B. S. a essayé, dans des cas de dysenterie grave, l'effet thérapeutique de cette hormone. Les observations de B. S. se basent sur les recherches de Mauthner et Pick et encore davantage sur celles de Magnus et Scheffer. Les deux premiers auteurs ont trouvé que l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse a un effet vasoconstricteur sur les capillaires des intestins et que cette action diminue même le volume de celui-ci. On peut observer cet effet sur l'iléon mais en particulier sur le gros intestin. Pour appliquer cette thérapeutique chez les enfants. B. S. administre 4-7 unités internationales de cette hormone pendant 3-4 jours. B. S. n'emploie cette méthode que dans les dysenteries bacillaires très graves. Il faut remarquer que B. S. prescrit à ses malades aussi le régime habituel. Voici les résultats de ses observations. L'effet de l'hormone se manifeste dès le deuxième jour de son administration. Le nombre des selles ne diminue pas encore, mais on y trouve moins de sang. Au 3e jour, le nombre des selles est déjà diminué. La matière fécale se prend en masse dès le 4e jour et bien que sa surface soit encore mêlée de pus, on ne trouve guère de sang. Ce changement des signes graves est suivi d'une amélioration assez rapide. Hors de cet effet, B. S. souligne deux actions particulières de ce traitement : 1° l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse a une action favorable sur la circulation du sang qui est quelquefois gravement atteinte dans la dysenterie; 2° elle facilite l'accumulation de l'eau dans les tissus de l'organisme, action qui s'oppose au déchet d'eau qui peut être très considérable par suite de cette maladie.

Dans les cas moins graves on ne peut s'attendre à un effet pareil, et c'est pourquoi l'administration de l'hormone est inutile.

A. Blazso.

P. Roboz. ***Sur le traitement de l'athrepsie*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 17, 27 Avril 1935, p. 467). — On a préconisé récemment diverses médications dans l'athrepsie, l'insuline, l'extrait thyroïdien, l'extrait hypophysaire. Lereboullet a employé l'extrait du thymus dans la dystrophie et l'hypothrepsie avec un résultat satisfaisant.

R. emploie aussi l'extrait du thymus chez les athrepsiques graves. Il se sert d'un extrait aqueux de cette glande suffisamment évaporé à une température basse. La dose administrée par voie sous-cutanée constitue, par rapport au poids du corps, une quantité équivalente de 0,5-1 gr. du thymus. Ce traitement dure pendant 2-3 semaines. Chez les individus ainsi traités, l'augmentation du poids s'observe dans quelques cas déjà dès le début. Il y a plusieurs sujets chez qui la croissance ne se manifeste que 10-15 jours après le commencement du traitement, mais on peut observer déjà auparavant une amélioration remarquable. Sur 20 malades, 6 ont entièrement guéri, l'état de 8 s'est amélioré, tandis que 6 autres malades n'ont pas été sensiblement influencés par ce traitement.

A. Blazso.

G. Mansfeld. ***Etude sur la pharmacodynamie de la thyroxine*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 18, 4 Mai 1935, p. 491). — Dans les recherches relatives à la pharmacodynamie de la thyroxine, on trouve certaines contradictions. Une partie des auteurs supposent, par différentes recherches, que l'action de thyroxine est périphérique. A la base d'autres investigations, quelques savants estiment que le point d'action de cette hormone est le centre du système nerveux. Essayant d'établir un compromis entre les différentes opinions, H. Meyer présume, dans sa théorie éclectique, qu'une quantité physiologique de thyroxine est une substance indispensable à la fonction cellulaire, tandis qu'un surplus de cette hormone peut influencer les organes par les centres nerveux.

M. qui s'occupe déjà depuis trois ans de cette question, aboutit aux résultats suivants :

Il démontre que la thyroxine peut parvenir aux cellules musculaires par la voie des nerfs, et augmenter ainsi leurs oxydations. Il est à remarquer qu'on n'a pas pu encore obtenir par des recherches *in vitro*, une augmentation de l'oxydation au moyen de la thyroxine.

M. suppose que, dans l'organisme, l'hormone peut atteindre les cellules par la voie des nerfs et augmenter ainsi leur oxydation. Ses recherches permettraient de comprendre non seulement de mode d'action de la thyroxine, mais mettraient aussi en valeur une fonction peu connue des nerfs, si importante pour le mécanisme de cette hormone.

A. Blazso.

J. Erdös. ***La standardisation des préparations antianémiques des extraits hépatiques et gastriques*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 18, 4 Mai 1935, p. 503). — E., qui s'occupe depuis 1927 des des recherches sur l'effet antianémique des préparations de foie, a trouvé et a publié en 1931, entre autres, les résultats suivants: Après l'administration de 0 gr. 016 de chlorhydrate de phénylhydrazine par kilogramme de poids du corps à un lapin de 2 kilogr. 1/2, le nombre des hématies diminue de 25 à 40 pour 100 en quarante-huit heures pour revenir ensuite spontanément à la normale. E. a observé que l'extrait hépatique peut empêcher ou retarder cette action de la phénylhydrazine.

En 1932, Rusznyák et Engel, ont étudié le même effet des extraits de foie. Ils ont trouvé qu'il existe une relation entre l'action de la phénylhydrazine et l'effet protecteur des préparations hépatiques. Bientôt après cette préparation de R. et E., d'autres études ont apporté des résultats opposés à ceux des auteurs.

En présence de ces divergences d'opinions, E. a revisé toutes les observations précédentes. Il constate que pour définir l'activité antianémique d'une préparation de foie, on peut se baser sur l'action protectrice de ces extraits de foie contre l'effet de la phénylhydrazine.

Entre autres une quantité de ces extraits possédant une action inhibitrice de 24 heures peut, si elle est doublée, par exemple, retarder de quarante-huit heures les manifestations de l'intoxication.

En se basant sur ces travaux, E. conseille encore une fois de standardiser les préparations hépatiques et gastriques suivant la méthode étudiée ci-dessus.

A. Blazso.

K. Sipos. ***Sur l'allergie artificielle vis-à-vis de la tuberculine*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 20, 18 Mai 1935, p. 562). — Un des points les plus importants de l'étude de l'allergie tuberculeuse, est de provoquer chez les individus non tuberculeux un état de l'organisme tel qu'ils puissent réagir positivement contre la tuberculine.

Jusqu'ici les investigations de ce genre se sont montrées sans résultat, sauf celles qui étaient exécutées à l'aide de bacilles tués. Cependant les recherches de Beck, Lehner et Rajka, et celles de Bieberstein-Gieser montraient que cette sensibilisation des individus non tuberculeux pouvait être possible.

Pour résoudre le problème, S. a essayé d'obtenir cette allergie artificielle en appliquant la méthode due à Lehner et Rajka, méthode permettant l'utilisation successive par l'organisme de substance sensibilisatrice déposée dans cet organisme. Pour cela il s'est servi du contenu de vésicules cutanées provoquées par les irradiations Finsen. Pendant une période de 50 jours, il a injecté en 28-30 fois chez les cobayes 0 cmc 1 de sérum de vésicules avant que la fibrine de ce liquide ait été précipitée.

Après l'administration de cette quantité, la réaction à la tuberculine fut très nette.

S. discute longuement ces résultats; à son avis ce doit être la solution du problème de la sensibilisation artificielle des sujets examinés qui ne réagissent pas spontanément à la tuberculine.

A. Blazso.

NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKAPEN (Oslo)

Kirsten Utheim Torevud. ***Recherches sur le métabolisme du fer pendant la grossesse*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, nos 2, 3 et 4, Février-Mars-Avril 1935). — Sur 20 déterminations du métabolisme faites chez 15 femmes à partir du 6e mois de la grossesse, 13 ont montré une quantité de fer inférieure aux besoins fœtaux. Avec une alimentation contenant quotidiennement 13 à 15 milligr. de fer, on a toujours trouvé une balance négative.

Des déterminations de taux de l'hémoglobine et des numérations globulaires ont été faites chez 200 femmes pendant les trois derniers mois de la grossesse. 31 pour 100 d'entre elles présentaient une anémie hypochromique.

Une détermination du taux du fer sanguin a été faite chez 132 de ces femmes en utilisant la méthode de Fowweather. On a trouvé des valeurs de 32 milligr. 5 à 59 milligr. pour 100 cmc du sang. Le taux normal est d'environ 53 milligr. 2 pour 100 cmc. Si des quantités de fer de moins de 45 milligr. pour 100 cmc de sang sont considérées comme pathologiques, 24 pour 100 des femmes avaient une déficience en fer. 31 pour 100 ont un taux de fer sanguin au-dessous de 46 milligr. Donc une femme sur trois ou quatre souffre d'anémie pendant la grossesse.

Il ne semble pas que l'on ait suffisamment attiré l'attention sur ce point. Le régime de la femme enceinte doit comprendre quotidiennement environ 20 milligr. de fer, sous une forme facilement absorbable.

Il faut rappeler que parmi les aliments, les substances provenant du sang contiennent 23 milligr. de fer par 100 gr. Les œufs et les épinards sont très riches en fer. Les aliments ordinaires contiennent de 10 à 100 milligr. de fer pour 100 gr.

La quantité de fer dépend beaucoup de la préparation des aliments et de leur état de fraîcheur.

Alf. P. Jacobsen.

NORDISK MEDICINSK TIDSKRIFT (Stockholm)

E. Meulengracht. ***L'anémie pernicieuse de Breimer et les glandes pyloriques*** (*Nordisk medicinsk Tidskrift*, t. **9**, n° 21, Mai 1935). — Des expériences antérieures ont montré que la pepsine et l'acide chlorhydrique sont produits par les glandes de l'autre pylorique, mais non par les glandes pyloriques elles-mêmes.

Les expériences rapportées actuellement par M. montrent que le facteur antianémique est produit par les glandes pyloriques et non par les glandes de l'antre.

L'effet antianémique qui existe dans les glandes pyloriques, se retrouve aussi dans les glandes de la

région cardiaque et dans les glandes de Brünner du duodénum.

La localisation anatomique de l'anémie pernicieuse se fait donc au niveau des glandes pyloriques, du cardia et du duodénum.

Alf. P. Jacobsen.

ACTA RADIOLOGICA
(Stockholm)

Borge Faber. ***Recherches de rœntgenbiologie en utilisant des cultures de tissu normal à titre d'indicateurs*** (*Acta Radiologica*, suppl. 21, 1935, p. 108). — F. s'est proposé d'avoir recours à des éléments figurés en vue d'étudier, dans des conditions variables, l'action biologique des rayons X, et a utilisé dans ce but des cultures de tissus normaux, à savoir des *fibroblastes*.

Après avoir rappelé les principaux éléments biologiques généralement utilisés, il a montré la possibilité d'employer les fibroblastes et décrit minutieusement la technique requise.

F. a exposé l'histologie des cultures de fibroblastes normaux et les résultats de l'examen du développement de leurs cultures qui a montré que, comme pour tout élément biologique, le développement n'est pas homogène mais varie avec chaque culture, la rapidité du développement d'une culture se poursuivant pendant toute la durée de l'expérience, en fonction cependant de certains facteurs extérieurs (la nutrition par exemple), qui sont susceptibles de provoquer des modifications journalières.

F. étudie les changements macro- et microscopiques consécutifs aux irradiations et les effets observés, en fonction de la quantité donnée de rayons X, qui l'ont conduit à la conclusion que l'action produite est proportionnelle à une certaine quantité de rayonnement. Au-dessous de 200 r. on n'en observe aucune.

Dans ces conditions la durée de latence de l'action produite est d'environ 24 heures et l'on n'observe aucun phénomène de stimulation. Une dose de 1.200 r. est mortelle pour les cultures dont la croissance n'est cependant absolument arrêtée qu'après 6-7 jours, et une dose même 4 à 5 fois plus élevée ne hâte pas la mort des cultures.

F. étudie ensuite l'influence, pour une dose donnée, de la qualité du rayonnement (en ayant soin que l'absorption soit la même pour l'élément biologique que pour la chambre d'ionisation) et conclut que celle-ci ne paraît jouer aucun rôle sur l'action biologique (expériences faites avec des filtrations de 0,09, 0,3 et 1,18 mm Cu. L'action du facteur temps a été jusqu'ici envisagée sous des aspects différents par les auteurs et des avis divers ont été émis suivant qu'il s'agissait de l'irradiation de tissus au repos ou à l'état de croissance. 5 séries d'examens permettent à F. d'admettre la validité de la loi de Bunsen-Roscoe, c'est-à-dire it=K, pour les tissus en voie de croissance.

Jusqu'ici les auteurs considéraient que l'irradiation des tissus provoquait une augmentation de l'activité cellulaire suivie d'une augmentation de radio-sensibilité. Des recherches entreprises, F. conclut que les altérations de l'activité cellulaire sous l'influence de l'irradiation ne sont suivies d'aucune modification appréciable de l'action des rayons X sur les tissus.

Les modifications de l'activité cellulaire après irradiation n'ont de signification en ce qui concerne l'action des rayons que si le pourcentage des phénomènes d'arrêt sur les cultures est de jour en jour plus grand dans les cultures poussant rapidement. Il n'y a là cependant qu'un phénomène illusoire; en effet, si l'on exprime l'action des rayons X non par rapport au même temps, mais bien par rapport à des stades de croissance semblables à ceux des cultures-témoins, on constate que l'action des rayons est de même ordre pour les deux types de cultures (de croissances différentes); par conséquent, il ne s'agit pas d'une différence d'action, mais seulement d'une question de temps.

Ces recherches sont résumées dans un grand nombre de tableaux et de courbes qui illustrent ce travail.

Morel Kahn.

A. H. Wolfgang Magnusson. ***Les cancers cutanés; étude clinique et thérapeutique, en particulier en ce qui concerne la curiethérapie*** (*Acta Radiologica*, suppl. 22, 1935, p. 287). — Cette très importante étude est basée sur 1.611 cas de cancers cutanés traités de 1910 à 1929 au Radiumhemmet de Stockholm (à l'exclusion des cancers des orifices muqueux, des tumeurs nœviques malignes et des lésions précancéreuses).

La *classification* des tumeurs a été basée, au point de vue histologique, sur les données de Darier: formes spino- et baso-cellulaires, cancers métatypiques mixtes et intermédiaires; elles ont été divisées en groupes en fonction de leur volume, leurs rapports et leur évolution (superficielles et infiltrantes).

M. discute de l'*étiologie* des lésions en insistant plus particulièrement sur les facteurs endogènes comme les malformations cutanées, le xeroderma pigmentosum... et sur les facteurs exogènes parmi lesquels il attribue un rôle important au hâle d'origine solaire dans la localisation des cancers spino- et baso-cellulaires, ce rôle étant moins net en ce qui concerne les cancers métatypiques.

Il n'a pas négligé pour cela d'envisager tous les autres facteurs exogènes dont on a déjà invoqué l'influence et que certains faits observés justifient (froid, traumatismes...). M. rappelle la fréquence, les aspects cliniques et les caractères histologiques des différents cancers cutanés, ayant surtout en vue de rechercher les caractères susceptibles de présenter un certain intérêt au point de vue du traitement par les radiations et plus spécialement de la curiethérapie (stade de l'infiltration, tendance à l'infiltration des divers tissus sous-jacents, fréquence et moment d'apparition des métastases...).

La majeure partie de ce volume est consacrée à la *curiethérapie* de ces lésions et, après avoir rappelé les progrès de la technique, M. rapporte en détail la technique utilisée au Radiumhemmet ainsi que les calculs sur lesquels elle est fondée.

Au point de vue des résultats, M. a adopté la règle des 3 ans avant de parler de guérison, l'expérience ayant prouvé que les récidives après 3 ans sont l'exception.

Il faut tenir compte d'ailleurs dans l'appréciation des résultats que les cancers de la peau surviennent surtout chez des sujets âgés exposés à mourir d'affections intercurrentes, le cancer cutané n'étant pas en cause. Sur 1.502 cas de toute nature traités uniquement par les radiations 1.041, soit 69,3 pour 100 environ ont été guéris en plus de 3 ans (ce chiffre monte à 80,7 pour 100 environ en tenant compte des décès par maladies intercurrentes et des récidives et à respectivement 73,6 et 86 pour 100 environ si l'on tient compte des cas où fut pratiquée une intervention accessoire, en général endothermique).

Au point de vue de la *radiocurabilité* il ne semble pas qu'il y ait de différence entre les différentes variétés de petites tumeurs superficielles; il ne saurait encore être question de conclure en ce qui concerne les tumeurs superficielles volumineuses ou infiltrantes.

Volume et extension de la tumeur sont les facteurs les plus importants de la radiocurabilité, les chances diminuant nettement quand le volume de la tumeur dépasse 9 cmc; quant aux tumeurs infiltrantes, elles donnent des résultats beaucoup moins favorables.

La localisation des tumeurs ne joue guère qu'en fonction de la tendance à l'infiltration de la région où elles siègent (aile du nez, angle interne de l'œil, pavillon de l'oreille); cependant l'endothermie paraît plus efficace que la radiothérapie dans les cas de tumeur développée en tissu cicatriciel.

L'infection, l'âge avancé, les récidives paraissent diminuer la radiosensibilité.

Les résultats des irradiations externes sont meilleurs avec une forte filtration en raison de la meilleure homogénéité de la dose, mais restent, surtout semble-t-il, en raison des difficultés de fixation des appareils, inférieurs à ceux de la curiepuncture qu'il est possible d'utiliser sans lésions esthétiques.

La curiepuncture constitue le procédé de choix quand on peut évaluer le degré d'extension de la tumeur; hors ces cas, M. est partisan de la télécuriethérapie. Les récidives sont justiciables de l'endothermie, à moins que leur extension reconnue ne permette de recourir à la curiepuncture.

M. a observé plus de récidives de cancers baso-cellulaires que de spino-cellulaires et montre les difficultés que créent au point de vue du diagnostic de récidive les hyperplasies et hyperkératoses survenant après irradiation.

Les mêmes techniques que ci-dessus s'adressent au traitement des récidives; M. signale pourtant que si des métastases de certains cancers de type intermédiaire se sont montrées radiosensibles, il n'a jamais observé de guérison, par quelque traitement que ce soit (irradiation ou chirurgie) de métastases de cancers spino-cellulaires. En terminant, N. rapporte les accidents qui peuvent être consécutifs au traitement (nécroses, accidents oculaires) et les précautions à prendre pour les éviter ou en atténuer la gravité; il envisage enfin la question du pronostic et de l'avenir du traitement radiothérapique.

Morel Kahn.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE (Paris)

Bezançon, Delarue, Valet-Bellot. ***Le sort du lipiodol dans le parenchyme pulmonaire chez l'homme*** (*Annales d'Anatomie Pathologique médico-chirurgicale*, t. **12**, n° 3, Mars 1935, p. 229-261). — Ayant eu l'opportunité d'étudier trois pièces d'autopsie recueillies dans un délai variable après une injection intratrachéale de lipiodol, B., D. et V.-B. ont fait une étude très précise des lésions pulmonaires.

Deux jours après l'injection intratrachéale, la majeure partie de l'huile iodée est libre dans les alvéoles, dont elle sera rejetée intacte par l'expectoration; une petite partie de l'huile a été entraînée dans les espaces interstitiels interalvéolaires. Douze jours après, l'huile iodée a en majeure partie quitté les alvéoles et se trouve dans les cloisons interalvéolaires, interlobulaires et jusque dans le tissu conjonctif hilaire; elle est phagocytée par des macrophages et émulsionnée. 6 ans après, l'huile iodée a été retrouvée encore dans les adventices bronchiques et vasculaires, dans les cloisons conjonctives.

Ayant écarté les causes d'erreurs tenant à la stéatose pulmonaire asphyxique et aux lésions exsudatives infectieuses surajoutées, B., D. et V.-B. tirent les conclusions suivantes : le lipiodol ne produit pas de lésions inflammatoires et son innocuité paraît complète lorsqu'il est introduit dans un poumon sain; il n'en est peut-être pas ainsi s'il existait préalablement des lésions inflammatoires que l'huile iodée est susceptible d'aggraver. Les auteurs qui ont étudié la question expérimentalement avaient d'ailleurs abouti déjà aux mêmes résultats; mais la nature végétale de l'huile est une condition indispensable de tolérance et les huiles animales et minérales provoquent des lésions réactionnelles importantes.

Un point intéressant est celui de la persistance quelquefois très longue du lipiodol dans le parenchyme pulmonaire, où il est visible radiographiquement sous forme de taches ou mailles de filet. Une telle éventualité (ici étudiée dans un cas) est rare, et le plus souvent le lipiodol est rapidement détruit. B., D. et V.-B. pensent que le sort de l'huile iodée est lié à la fonction lipolytique du poumon qui libère d'abord l'iode, puis digère la graisse; mais cette lipodiérèse ne s'exerce qu'en présence de l'oxygène et si la sclérose et les lésions pulmonaires chroniques mettent certaines régions à l'abri de l'oxygénation, le lipiodol pourra y persister très longtemps, comme dans le cas des injections intramusculaires par exemple. La persistance des images radiographiques opaques, longtemps après l'injection intratrachéale, serait donc un signe pathologique.

P. Moulonguet.

Ménetrel. ***Que devient le carbone injecté par voie intraveineuse?*** (*Annales d'Anatomie Pathologique médico-chirurgicale*, t. **12**, n° 5, Mai 1935, p. 559-571). — Il est difficile à la lecture de cet article de répondre nettement à la question posée. C'est dans le foie, la rate et le poumon que se retrouvent surtout les particules de charbon, qui sont d'ailleurs de tailles très différentes. Autour de ces particules, il n'y a aucune réaction tissulaire, même lorsque le charbon est fixé depuis longtemps.

En ce qui concerne la localisation du charbon par rapport aux lésions infectieuses, les constatations de M. sont contradictoires: il n'en a pas trouvé dans des abcès staphylococciques expérimentaux, par contre il dit que le charbon se retrouve dans le pus des adénites cervicales ponctionnées.

Le charbon a été retrouvé dans les organes d'un cobaye nouveau-né dont la mère avait reçu plusieurs injections. Enfin, après injections intramusculaires le charbon ne passe pas dans les viscères.

P. Moulonguet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

C. Levaditi, G. Hornus et **P. Haber.** ***Virulence de l'ultra-virus herpétique administré par voie nasale et digestive. Mécanisme de sa neuroprobasie centripète*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **54**, n° 4, Avril 1935, p. 389-420). — Des expériences sur le lapin et la souris ont permis de constater que le virus herpétique, introduit dans les fosses nasales, se localise dans la muqueuse nasale, s'élimine par les sécrétions de cette muqueuse et provoque des altérations microscopiques intéressant soit l'épithélium de recouvrement, soit la sous-muqueuse. L'ensemble de ces phénomènes présente des analogies avec la kératite herpétique; comme elle, elle est suivie d'une dispersion du virus vers les centres nerveux. L'infection locale serait un véritable chancre d'inoculation.

Dans 6 expériences, où le bulbe olfactif a été supprimé chirurgicalement, 2 lapins seulement ont paru rester à l'abri de la contamination nasale; cependant, le bulbe olfactif est le siège de lésions inflammatoires et dégénératives chez les animaux inoculés par voie nasale.

Lorsqu'on instille des émulsions virulentes dans les fosses nasales du lapin, une partie du liquide s'écoule dans la cavité pharyngée. La voie trachéo-pulmonaire se prête à la pénétration du virus herpétique dans l'organisme, mais rien n'autorise à considérer la voie pulmonaire comme jouant un rôle effectif dans la dispersion du virus herpétique administré par instillation nasale.

Il est possible aussi d'inoculer l'herpès au lapin par voie buccale ou dans la cavité stomacale; par contre, il paraît difficile, sinon impossible, d'engendrer l'infection herpétique du névraxe en introduisant le germe dans une anse de l'intestin grêle.

De ces expériences, L., H. et H. tirent la conclusion que pour atteindre les centres nerveux et y provoquer l'encéphalite herpétique, le virus, introduit dans les fosses nasales, suit les connections nerveuses de la muqueuse naso-pharyngée, en particulier l'appareil olfactif, le trijumeau et le sympathique cervical, réalisant une « neuro-probasie centripète ».

Robert Clément.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

Pierre Woringer. ***Recherches sur l'origine de l'allergie du nourrisson*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **11**, n° 3, 1935, p. 283-303). — La grande fréquence des trophallergies dans la première enfance est un fait surprenant qui n'a pas trouvé jusqu'à présent d'explication satisfaisante. Le plus souvent le nourrisson est trouvé sensibilisé pour une substance avec laquelle il n'a jamais été en contact.

W. a recherché chez 66 nourrissons allergiques l'existence dans la famille, en particulier chez les ascendants, d'autres cas d'allergie. Pour 22, soit 33 pour 100, l'enquête a donné un résultat négatif. 44 nourrissons, soit 67 pour 100, avaient dans leur ascendance directe ou parmi les collatéraux des générations précédentes un ou plusieurs cas d'eczéma du premier âge; 23 fois (35 pour 100), la famille de la mère était atteinte, 17 fois (26 pour 100) celle du père, et 4 fois (6 pour 100) les deux côtés.

Les générateurs n'avaient pas toujours eux-mêmes été porteurs de la maladie. Toujours les allergies d'une même famille ont été identiques au point de vue étiologique. Les enfants de mêmes parents sont atteints d'allergie dans une proportion qui est variable; mais habituellement les sujets indemnes prédominent par rapport aux sujets allergiques.

Ces faits ne peuvent s'expliquer ni par l'hypothèse d'une sensibilisation post-natale, ni par celle d'une sensibilisation intra-utérine. Ils plaident en faveur de l'origine héréditaire de l'allergie du nourrisson.

Ce type d'allergie apparaît comme un caractère transmis par les gamètes selon les lois mendéliennes. Il s'agit, semble-t-il, d'un facteur récessif.

C'est donc une hérédité spécifique qu'on observe dans les trophallergies et non une hérédité de terrain, comme c'est le cas pour les pneumallergies.

G. Schreiber.

REVUE DU RHUMATISME (Paris)

H. Gougerot, F. Coste et **A. Saenz.** ***Psoriasis et bacillémie tuberculeuse*** (*Revue du rhumatisme*, t. **2**, n° 6, Juin 1935, p. 461-471). — Sur 13 psoriasis, dont 5 arthropathiques, le sang a été inoculé 10 fois, ensemencé 2 fois : 4 résultats négatifs, mais non concluants (cobayes morts trop vite), 6 résultats négatifs. La lésion cutanée a été inoculée 7 fois, ensemencée 1 fois. Toutes les inoculations ont été négatives (1 résultat n'est pas concluant). Des 13 malades, 7 présentaient au point de vue de la tuberculose des antécédents suspects; les autres en étaient exempts.

En joignant ces chiffres à ceux communiqués au III° Congrès International du Rhumatisme, on arrive au total de 26 psoriasiques dont les inoculations de sang ou d'éléments cutanés ont été négatives, sauf 2 inoculations de sang positives. Les éléments cutanés étaient traités par l'acide sulfurique, les animaux restaient en observation très longtemps, souvent plus d'un an. Les 2 inoculations positives ne semblent pas discutables : la tuberculose des cobayes était du type Villemin et due à un bacille humain.

Il est actuellement impossible de savoir quelle déduction étiologique il est permis de tirer de la constatation de quelques bacilles de Koch dans le sang de sujets non fébriles, en dehors de tout choc, de toute perturbation brutale de l'organisme. Les deux sujets, dont la bacillémie a été constatée, sont observés depuis 2 ans et bien que l'un et l'autre comptent parmi leurs antécédents certains faits qui autorisent une suspicion de tuberculose, leur santé générale reste excellente et aucune manifestation tuberculeuse n'est apparue.

Robert Clément.



Le LAIT GLORIA

c'est du lait pur, *homogénéisé, non sucré, qu'on sucre à volonté.*

Non écrémé, il est pourtant digestible. Sa matière grasse finement émulsionnée, son caillot diffluent, le rendent léger à tous les estomacs.

Et il ne contient aucun germe, pathogène ou autre.

Donné, comme tout autre lait, avec des jus de fruits, il est parfait, sans aucune contre-indication, pour l'entant normal comme pour le dystrophique.

Essayez-le dans tous les cas.

Anciens Etablissements J. LEPELLETIER

LAIT GLORIA Sté Anme 4, RUE ROUSSEL, PARIS (XVIIe)

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

C. Ruppe, Lebourg et Guérin. ***L'ostéo-thorionécrose tardive*** (*Revue de stomatologie*, 37e année, n° 7, Juillet 1935, p. 456-465). — R., L. et G., complétant leur communication à la Société de stomatologie de 1932, rapportent une troisième observation d'ostéo-thorio-nécrose tardive et concluent de la manière suivante :

Les nécroses des maxillaires qui peuvent s'observer chez les malades ayant été traités par le thorium X sont caractérisées :

1° Par leur apparition très tardive après les injections de thorium;

2° Par leur évolution extrêmement lente, leur allure extensive;

3° Par l'aspect de l'os nécrosé qui n'a pas de tendance à la limitation et ne se séquestre que très tardivement;

4° Par l'absence de toute régénération osseuse, témoin d'une mortification globale;

5° Par le pronostic grave du point de vue local, fonctionnel et esthétique.

Ces caractères se retrouvent dans l'ostéo-radionécrose tardive des maxillaires telle qu'elle est décrite dans la thèse de Dufieux. Ils croient donc judicieux d'adopter le terme d'*ostéo-thorio-nécrose tardive des maxillaires* qui paraît très bien définir l'allure générale si particulière de ces accidents.

Ces ostéo-thorio-nécroses, qui combinent l'action du thorium sur l'os et l'infection secondaire, *sont rares*. Elles exigent de très hautes doses de thorium X, une sensibilité individuelle; d'ailleurs, tous les malades traités par le thorium le sont pour des lésions ostéo-articulaires sévères.

Etant donnée la gravité de ces ostéo-thorio-nécroses, on conçoit la nécessité : 1° d'une mise en état soigneuse de la bouche avant le traitement; 2° de ne pas dépasser la dose totale de 4.200 microgrammes; 3° de surveiller attentivement le malade au cours du traitement en pratiquant des numérations globulaires successives; 4° de s'abstenir ensuite de toute intervention buccale.

En cas de nécrose constituée, les résections osseuses et les avulsions ne doivent être faites qu'à la demande, notamment au cours d'algies violentes ou de complications sinusales ou nasales.

C. Ruppe.

Bérenson (Moscou). ***Les acido-bactéries de la cavité buccale saine, de la cavité buccale atteinte de carie, et la flore microbienne des tissus nécrosés du foyer de carie*** (*Revue de Stomatologie*, 37e année, n° 7, Juillet 1935, p. 479-486). — Les travaux entrepris par B. lui permettent les conclusions suivantes. De 6 à 14 ans, la flore buccale, avec ou sans carie, montre la prédominance du bacille bref, prenant le gram ; chez les adultes, il y a prépondérance des cocci. Dans un foyer de carie dentaire, il y a accroissement des cocci surtout dans les couches profondes. *Ces cocci* se rattachent aux groupes. St. salivaris, cremoris, micrococcus buccalis, enterococcus. Ils abaissent le pH de 4,5 à 5. *Les bacilles* sont du type B. acidophiles Moro, lactis brevis, B. longissimus, B. Döderlein. Ils transforment la réaction acide pour l'amener à un pH 4,2, 3,6.

C. Ruppe.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

E. Meersseman et **H. Séguin** (Lyon). ***Recherches sur la calcémie au cours de certains états tuberculeux*** (*Revue de la tuberculose*, 5e série, t. 1, n° 5, Mai 1935, p. 514-529). — M. et S. ont repris l'étude de la calcémie des tuberculeux, en titrant le calcium sérique suivant la technique de Velluz et Deschazeaux, simplification de la méthode actuellement classique de Hirth. Ils relatent, dans une série de tableaux, les chiffres qu'ils ont observés : dans des tuberculoses pulmonaires bactériologiquement confirmées; dans des affections pulmonaires de nature vraisemblablement tuberculeuse, mais non confirmées bactériologiquement; dans des tuberculoses pleurales et péritonéales; dans des affections tuberculeuses diverses.

Ces tableaux montrent que la calcémie est habituellement basse au cours des états tuberculeux. Généralement elle suit fidèlement les modifications de l'état général; s'abaissant quand celui-ci décline, s'élevant lorsqu'il s'améliore. Le poids et la calcémie suivent une marche parallèle, et habituellement c'est le taux de la calcémie qui traduit le premier l'orientation évolutive de la maladie. Parfois, lors de la convalescence, le taux calcique atteint des valeurs assez élevées pour revenir ensuite à un chiffre plus moyen, témoignant ainsi d'une sorte d'hypercalcémie réactionnelle. Les variations du taux calcique chez un même malade peuvent donc offrir un certain intérêt pronostique. Mais rien n'autorise à lui accorder une signification pathogénique spéciale. Néanmoins, ceci montre qu'il est au moins aussi rationnel de vouloir recalcifier les tuberculeux que de chercher à leur faire reprendre du poids.

L. Rivet.

O. Scheel (Ulleval, Norvège). ***La tuberculose parmi les étudiants en médecine à Oslo et sa prévention par la vaccination au BCG*** (*Revue de la tuberculose*, 5e série, t. 1, n° 5, Mai 1935, p. 529-542). — De 1926 à 1934, S. a examiné 1.176 étudiants en médecine par la cuti-réaction de Pirquet, souvent contrôlée par la réaction intradermique de Mantoux.

Chez 361 étudiants, la cuti-réaction a été trouvée positive avant le stage ou au commencement du stage dans les hôpitaux où sont traités des tuberculeux. Sur 207 étudiants, elle fut trouvée négative avant ou pendant le stage. Chez 246, la cuti-réaction ayant été trouvée négative avant ou pendant le stage, les sujets furent soumis à la vaccination au BCG. Chez 262 étudiants, la première cuti-réaction fut trouvée positive après une durée plus ou moins longue de stage, et il est impossible de dire ce qu'elle était avant. Chez 100 étudiants, il y avait eu une maladie tuberculeuse avant le stage : tous, sauf un, avaient une cutiréaction positive.

Parmi ces sujets, la morbidité tuberculeuse annuelle a été en moyenne de 1,47 pour 100 chez les sujets à Pirquet positif; chez ceux à Pirquet négatif au début du stage, elle fut de 4,31 p. 100, soit presque trois fois autant. Chez les vaccinés, elle fut de 2,07 pour 100, soit moins de la moitié de celle trouvée chez les Pirquet-négatifs non vaccinés.

De façon générale, chez les étudiants n'ayant pas eu de maladie tuberculeuse antérieure, la morbidité annuelle est en moyenne de 2,36 pour 100, alors que le chiffre correspondant avant le stage est seulement de 0,76 pour 100.

Sur 246 vaccinations, 214 furent pratiquées par piqûre, 32 par voie buccale, la première voie paraissant plus efficace.

Comme dans les recherches relatives aux infirmières de Heimbeck, la morbidité des étudiants à cuti-réaction positive n'est pas sensiblement influencée par une nouvelle infection, ce qui plaide contre une action aggravante de la surinfection.

L. Rivet.

Jean Trotot (Cambo-les-Bains). ***Le syndrome embolique cardio-mésencéphalique dit « éclampsie pleurale »*** (*Revue de la tuberculose*, 5e série, t. 1, n° 7, Juillet 1935, p. 754-773). — T. relate 13 observations inédites d'accidents d'origine pleurale. Il discute le mécanisme pathogénique. Il conclut que les phénomènes décrits sous le nom d' « éclampsie pleurale » de « syndrome spasmodique musculaire » (Leuret), etc., sont dus à des embolies capillaires prenant leur origine dans les vaisseaux néoformés du tissu pleural chroniquement enflammé; ces embolies, en irritant l'endocarde, les parois artérielles et en se localisant sur les relais gris du mésencéphale et du diencéphale produisent partiellement ou totalement les accidents observés. T. propose donc de donner à ces accidents, pour en rappeler la pathogénie principale, le nom de « syndrome embolique cardiomésencéphalique ».

L. Rivet.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Matras. ***Pseudo-xanthome élastique coïncidant avec des stries d'aspect vasculaire au niveau du fond d'œil*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 7, 15 Février 1935, p. 198-200). — Il s'agit là d'une affection cutanée rare, plus fréquente chez la femme, caractérisée par des nodules jaunâtres d'aspect xanthomateux disposés en réseau, siégeant symétriquement au cou, aux aisselles aux aines, ou dans les régions thoraciques, etc. Le territoire cutané au niveau duquel siègent les lésions est particulièrement lâche et se laisse étirer et plisser comme dans la *cutis laxa*. Dans 4 cas observés par M. et dont il rapporte les observations et l'examen histologique, on observa des stries tout à fait particulières dans le fond d'œil, aspect très exceptionnel et dont la coïncidence avec le pseudoxanthome plaide en faveur d'un trouble congénital du tissu élastique.

G. Basch.

Nobl. ***Le pronostic des alopécies malignes*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 7, 15 Février 1935, p. 205-207). — Sous ce terme, N. désigne toutes les alopécies rapidement décalvantes et qui ne s'accompagnent d'aucune modification de la peau, qu'il différencie de la pelade vulgaire dont il rappelle les caractères. Certains de ces cas peuvent être rattachés à des troubles endocriniens, ainsi cette femme qui, à l'âge de 27 ans, à la suite de troubles ovariens du *post partum*, vit apparaître une calvitie de toute une moitié de la tête suivie d'une repousse, puis d'une deuxième et d'une troisième chute de cheveux. Une autre femme dut porter une perruque après la chute de tous ses cheveux; elle présenta 4 récidives; finalement, après amélioration de ses troubles menstruels et un deuxième accouchement, la repousse survint. L'émotion peut jouer un rôle important, comme dans le cas de ce conducteur de tramway qui éprouva une émotion particulièrement violente, se voyant dans l'impossibilité d'arrêter son véhicule alors qu'une automobile en pleine vitesse venait en défoncer l'avant. Après une syncope de courte durée, il reprit ses sens, mais quelques jours après tous ses cheveux et tous les poils de son corps tombèrent sans qu'on observât par la suite de repousse: l'origine nerveuse de cette alopécie fut confirmée encore par l'apparition d'un vitiligo.

G. Basch.

Herz. ***Contribution à l'étiologie et à la thérapeutique de la lymphogranulomatose*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 10, 8 Mars 1935, p. 300-303). — Tous les auteurs s'accordent à attribuer la lymphogranulomatose à un microbe spécifique, bien qu'encore inconnu; Sternberg a incriminé le bacille de Koch, et nombre d'auteurs ont signalé la présence du bacille de Koch au cours de l'affection, aussi bien que l'association de lésions proprement tuberculeuses à l'autopsie. Pour Sticker et Löwenstein, il s'agirait d'un microbe de

type bovin; pour Martinolli, le virus seul serait en cause; L'Esperance a pu inoculer des poules à l'aide d'une émulsion de ganglions lymphogranulomateux. H. a repris ces expériences et a pu isoler après inoculation des bacilles de type aviaire. Il semble donc pour H. qu'il y ait un rapport certain entre la maladie de Paltauf-Sternberg et la tuberculose aviaire; il a même préparé un vaccin dont il rapporte deux observations comportant un échec et un succès.

G. Basch.

Pillat. ***L'examen du fond d'œil au cours du rhumatisme articulaire aigu*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 10, 8 Mars 1935, p. 302-305). — P. rapporte les résultats des examens ophtalmologiques pratiqués chez 28 patients atteints de maladie de Bouillaud. Le premier groupe comporte 7 cas dans lesquels on observa des foyers isolés dans la choroïde. Tous ces malades ne présentaient rien de particulier, seul l'un d'eux se plaignait de points noirs. Dans 5 de ces cas, il s'agissait de lésions bilatérales ayant plus l'aspect cicatriciel qu'inflammatoire. Le deuxième groupe englobe 6 cas où l'on nota des foyers groupés autour du fundus, sous forme de petites taches cicatricielles blanchâtres ou gris jaunâtre que l'on peut interpréter comme des séquelles d'une choroïdite antérieure. Le troisième groupe comporte deux cas avec des manifestations récentes; quant au quatrième groupe, il est représenté par deux sujets atteints de choroïdite miliaire disséminée. P. discute longuement la nature exacte de ces lésions oculaires; il élimine l'étiologie syphilitique en faveur de laquelle ne plaide aucun argument; il ne semble pas non plus qu'il s'agisse de lésions métastatiques dues à un pyocoque. Par contre, il souligne les analogies qu'il y a entre les lésions observées par lui et la choroïdite tuberculeuse, s'appuyant sur la conception de Löwenstein et la constatation d'une hémoculture positive dans une importante proportion des cas observés.

G. Basch.

Hammerschmidt. ***A propos d'épidémies d'intoxication alimentaire*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 11, 15 Mars 1935, p. 324-327). — Assez répandues dans la plupart des pays, spécialement dans l'Allemagne du Nord, les intoxications alimentaires épidémiques sont beaucoup plus rares en Autriche. H. en a observé néanmoins deux, la première ayant atteint 197 sujets, l'autre en ayant frappé 30. Dans la première, il put mettre en évidence dans l'urine et dans les selles un bacille paratyphique C du type Newport, et dans la deuxième il isola non seulement de l'organisme des malades, mais aussi des produits toxiques, un paratyphique de souche Breslau. Parmi les conditions prédisposantes, on a invoqué au premier chef l'état de cuisson incomplète de la viande et néanmoins la plupart des sujets atteints, ouvriers ou petits campagnards, généralement de peu de ressources, et mangeant rarement de la viande, cuisaient celle-ci dans la soupe; cette particularité milite en faveur de l'action des toxines préformées et non pas en faveur du rôle direct des corps bactériens. L'origine des microbes n'a pu être retrouvée de façon précise, en raison des difficultés expérimentales, très peu d'animaux de laboratoire étant sensibles aux microbes de l'intoxication alimentaire. Enfin, parmi les sujets atteints, un assez grand nombre n'avaient pas consommé de la viande infectée, mais ils avaient été infectés secondairement par du lait ou de l'eau souillés par les déjections des premiers malades.

G. Basch.

Fischer. ***Les causes de la mort chez le nouveau-né*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 12, 22 Mars 1935, p. 360-363). — La statistique rapportée par F. dans cet article est fondée sur l'autopsie de 669 nouveau-nés. 4 tableaux ont été dressés: dans le tableau I, on trouve 115 décès *in utero*, 50 syphilis congénitales, 85 bronchopneumonies. Le 2e tableau concerne les malformations de toutes sortes (du système nerveux, du cœur et des vaisseaux, de l'appareil respiratoire, du tractus digestif enfin). L'atrésie intestinale est la malformation la plus fréquemment notée (10 cas). Le 3e tableau concerne les traumatismes craniens, parmi lesquels on note 182 hémorragies méningées. Enfin, le 4e tableau groupe les infections mortelles du nouveau-né (érysipèle, tétanos, infection ombilicale, volvulus, hémorragie intestinale; 6 cas sont rapportés à la pénétration du lait dans les voies respiratoires).

G. Basch.

Schlesinger. ***Rencontre-t-on encore aujourd'hui des séquelles du paludisme de la guerre*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 12, 22 Mars 1935, p. 365). — Au lendemain de la guerre, après le retour d'un grand nombre de combattants atteints de paludisme, particulièrement parmi les prisonniers, on prit de multiples précautions, afin que la maladie ne devînt pas endémique. Ces précautions furent efficaces, puisque, malgré la présence de nombreux paludéens, on ne rapporta que 2 cas nouveaux en 1919 et en 1920. Quant aux séquelles proprement dites, S. n'a observé qu'un très petit nombre de névralgies, un cas de douleur splénique, aucun cas de cirrhose, pas de troubles cardio-artériels. Il est également très exceptionnel d'observer des récidives du paludisme de guerre, bien que les anciens paludéens aient tendance à signaler fréquemment l'apparition d'un frisson suivi par des sueurs. En aucun cas, on n'a retrouvé le plasmodium, ni aucune anomalie sanguine. Il semble bien que les sujets ayant présenté jadis du paludisme aient tendance, à l'occasion d'une pyrexie banale telle que la grippe, à présenter des accès pseudo-palustres.

G. Basch.

Borak. ***Diagnostic radiologique des tumeurs du pancréas à l'aide de la cholécystographie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 13, 29 Mars 1935, p. 399-400). — Jusqu'à présent l'appréciation radiologique des tumeurs du pancréas se faisait indirectement par la constatation des déformations gastriques et duodénales. La cholécystographie permet d'apprécier les variations plus directes, telle la tuméfaction de la vésicule, constatée cliniquement par le signe de Courvoisier-Terrier. De plus, la gêne apportée par la tumeur à l'écoulement de la bile se traduit par la persistance anormale de l'ombre vésiculaire que l'on retrouve plusieurs jours après l'examen, alors que d'habitude cette ombre disparaît au bout de 30 à 60 minutes. De même, le cholédoque présente certaines anomalies radiologiques: on retrouve la bile rendue visible par la substance de contraste toute proche du confluent supérieur, à condition bien entendu que le tétraiode ait été introduit par injection intraveineuse.

G. Basch.

Schneider. ***Contribution à l'épidémiologie et à la pathogénie de la méningite aiguë épidémique séreuse*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 14, 5 Avril 1935, p. 425-431). — S. considère que l'épidémie étudiée par lui répond pour une part à une forme abortive de poliomyélite, et pour une autre part à une encéphalite épidémique fruste. Des 150 cas étudiés par S., ressortent les caractéristiques épidémiologiques suivantes: l'affection confère l'immunité aux malades; le caractère infectieux ne fait pas de doute, ainsi qu'en témoigne l'existence de foyers familiaux; le virus peut être transporté par des porteurs sains; l'acmé de l'épidémie est pendant la belle saison. Tous ces faits sont communs avec la poliomyélite.

Les constatations anatomiques plaident également dans ce sens, permettant de constater des îlots infectieux périvasculaires. Du point de vue bactériologique enfin, le microbisme des voies respiratoires supérieures semble jouer un rôle important; on retrouve très fréquemment du streptocoque dans les fosses nasales comme dans la poliomyélite.

G. Basch.

Neuber. ***Valeur curative et mode d'action des sels d'or, particulièrement dans les scléromes, l'actinomycose, la filariose*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 16, 19 Avril 1935, p. 486-490). — Partant de l'hypothèse suivant laquelle les sels d'or ont une action spécialement efficace sur les processus chroniques inflammatoires ou sur le tissu de granulation, N. a expérimenté cette médication dans quelques cas de filariose avec succès, ainsi que dans l'actinomycose. Il lui apparaît que l'or n'agit pas par destruction microbienne, mais en stimulant les défenses de l'organisme. Il a utilisé le solganal en solution aqueuse et en suspension huileuse avec avantage.

G. Basch.

Mandl. ***L'injection paravertébrale d'alcool dans l'angine de poitrine et dans d'autres syndromes douloureux (indications et technique)*** [*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 16, 19 Avril 1935, p. 490-495]. — M. rappelle la technique exacte de cette petite intervention dont l'indication la plus importante lui paraît être l'angine de poitrine dont il a traité 50 cas avec 50 pour 100 de bons résultats durables. On devra suivre la courbe de la tension artérielle et pratiquer les électrocardiogrammes. M. a appliqué le même traitement à des cas d'angor abdominal, à des douleurs post-zonateuses. Les crises gastriques du tabes ont été favorablement influencées. D'autres paroxysmes abdominaux d'origine vésiculaire ou rénale, l'anurie réflexe, les douleurs de tumeurs inopérables, le pylorospasme des nourrissons, la spondylite, le syndrome de Raynaud ont été également traités de cette manière avec des fortunes diverses.

G. Basch.

Frohlich. ***Bacillémie au cours de la tuberculose pulmonaire*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 17, 26 Avril 1935, p. 526-529). — Les décharges bacillaires au cours de la tuberculose s'étendent sur des périodes de moins de 15 jours; elles s'observent surtout dans les formes d'origine hématogène, moins fréquemment dans les formes bronchiques. Mais ces migrations bactériennes ont des significations très diverses: favorables lorsque après pneumothorax les bacilles de Koch, disparaissant de l'expectoration, sont retrouvés dans le sang, défavorables au contraire, comme par exemple au cours de la granulie un mois avant la mort. D'autre part, à virulence égale du bacille, il peut y avoir variation de la vulnérabilité de l'organe, les uns se défendant mieux que les autres, ce qui explique qu'à la bactériémie ne corresponde pas fatalement un ensemencement d'organe. F. pense, sans pouvoir l'appuyer sur une statistique, que les cas les plus favorables s'accompagnent souvent de bacillémie.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Lœwy. ***Anorexie de la petite et de la seconde enfance*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 9, 23 Février 1935, p. 231-234). — L'anorexie chez l'enfant soulève un grand nombre de problèmes: il faut, en premier lieu, et bien qu'il s'agisse là d'une éventualité peu fréquente, soulever l'hypothèse d'une tuberculose latente: la cuti-réaction, la prise de la température et les divers

examens permettront d'éliminer cette cause. Plus souvent, on se trouvera en présence de lésions rénales ou vésicales méconnues: cystite, néphrite subaiguë post-scarlatineuse. Il est donc de bonne pratique, lorsqu'on a à statuer sur un cas d'anorexie chez l'enfant, de rechercher l'albumine et d'examiner le sédiment urinaire.

Dans quelques cas, la raison des troubles est une hypertrophie amygdalienne, ou bien une amygdalite cryptique rendant la déglutition douloureuse; on recourra à la tonsillectomie.

L'appendicite chronique, souvent larvée et méconnue chez l'enfant, est encore une cause importante d'anorexie; souvent, cette appendicite fruste est prise pour de la colite simple.

Enfin, on évoquera le rachitisme, les oxyures, les infections aiguës bénignes ou graves, etc. Il faudra également penser à une cause peu connue d'anorexie: le surmenage physique résultant d'un abus d'exercice pendant les vacances.

G. Basch.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

J. Govaerts. ***2 cas d'angine de poitrine guéris par la stellectomie*** (*Le Scalpel*, t. **86**, n° 27, 6 Juillet 1935, p. 838-845). — Une femme de 71 ans, ayant depuis 6 ans des douleurs rétro-sternales, des palpitations et de la dyspnée d'effort, présenta, il y a 3 ans, une crise d'angine de poitrine, qui dura 15 heures et fut calmée par inhalation de nitrite d'amyle. La crise passée, la malade fut obligée de garder le lit, car le moindre effort réveillait la sensation d'angoisse et déclenchait des crises larvées. Nouvelle crise 15 jours plus tard, suivie d'un état d'angor durant plusieurs jours, puis la gêne rétro-sternale devint permanente. Les caractères normaux de l'électrocardiogramme et de l'orthodiagramme, l'opacité, le déroulement et la dilatation de l'aorte firent penser à une angine de poitrine d'origine aortique. On pratiqua, sous anesthésie locale, l'extirpation du ganglion intermédiaire et du ganglion étoilé de la chaîne sympathique droite, la section des nerfs cardiaques inférieurs et de la chaîne thoracique. Depuis lors, elle n'a plus présenté la moindre ébauche de crise; l'effort musculaire après le repas détermine une sensation de gêne rétro-sternale, mais à jeun l'effort ne produit pas le moindre malaise. Depuis un an, la guérison se maintient parfaitement.

La même intervention, mais à gauche, fut pratiquée chez un homme de 43 ans, présentant depuis 6 ans des douleurs précordiales intermittentes accompagnées de dyspnée d'effort et depuis 2 ans des crises de douleurs précordiales avec sensation de constriction thoracique et irradiation vers l'épaule gauche. Depuis, cessation complète de toute douleur angineuse; la guérison clinique se maintient depuis 9 mois.

L'indication de choix du traitement chirurgical de l'angine de poitrine paraît être l'angor d'origine aortique, sans lésion dégénérative trop accusée du muscle cardiaque.

La stellectomie, sous anesthésie locale, offre un minimum de danger, et il n'est pas douteux que grâce à une technique plus minutieuse et moins traumatisante la mortalité opératoire, qui est de 12 à 15 pour 100, ne diminue considérablement.

Robert Clément.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

J. G. Bullowa et **C. Wilcox.** ***Fréquence de la bactériémie dans la pneumonie; ses rapports avec la mortalité*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 4, Avril 1935, p. 558-573). — B. et W. ont étudié la fréquence de la pneumococcémie dans 1725 cas de pneumonie dus à un type unique de pneumocoque, observés durant une période de 5 ans.

Bien qu'ayant moins de tendance à envahir le sang que 10 autres types de pneumocoques, le type I est le germe le plus souvent rencontré dans le sang des pneumoniques. Le type II vient ensuite; bien qu'il envahisse le sang de plus de 40 pour 100 de ses victimes, il occupe seulement le troisième rang parmi les 32 types identifiés par B. et W. quant au pourcentage de fréquence de la bactériémie; à cet égard, les types 23 et 19 envahissent le sang plus souvent que le type II. Le type III, qui vient au troisième rang de fréquence chez les malades étudiés, n'occupe que le 9e dans l'ordre de pourcentage de fréquence de la bactériémie.

La comparaison des graphiques montre que le pourcentage de la bactériémie et celui de la mortalité sont approximativement les mêmes (25 pour 100 environ). En général, la mortalité est deux fois plus forte ou davantage lorsqu'il y a pneumococcémie.

Si l'on considère séparément les divers types par rapport à la fréquence de la bactériémie et de la mortalité, on voit que dans bien des cas le pourcentage de la bactériémie et celui de la mortalité sont les mêmes, surtout en ce qui concerne les types II, XIV, XXI et XXIX. Pour d'autres types, en particulier pour le type I, le taux de la bactériémie est plus élevé que celui de la mortalité. C'est l'inverse pour d'autres types. Avec certains types la mort survint en dépit de l'absence de bactériémie.

B. et W. soulignent l'importance de la différenciation des types primitivement englobés pêle-mêle dans le groupe provisoire IV et de la classification des germes rencontrés dans chaque cas particulier au point de vue du pronostic et du traitement éventuel, quand on dispose d'un sérum spécifique. Ils ont constaté que 3 pour 100 seulement des pneumocoques échappaient à la classification quand on emploie la technique de Cooper qui permet de distinguer 33 types.

Il existe une variation manifeste selon les années dans le pourcentage de la bactériémie et de la mortalité pour les divers types de pneumocoques, ce qui montre la nécessité de poursuivre les recherches pendant plusieurs années quand on essaie un agent curatif. P.-L. Marie.

D. H. Shelling et **A. F. Voshell.** ***Un cas de xanthomatose osseuse généralisée simulant l'ostéite fibreuse kystique*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 4, Avril 1935, p. 592-608). — S. et V. ont observé chez un garçon de 14 ans un cas de xanthomatose osseuse généralisée dans lequel les radiographies des os longs et l'examen histologique d'une première biopsie osseuse avaient fait porter le diagnostic d'ostéite fibreuse kystique; mais le taux normal du calcium et du phosphore dans le sérum, ainsi que l'élimination urinaire normale du calcium, plaidaient contre ce diagnostic. Celui de xanthomatose osseuse avait été tout d'abord écarté parce que les signes typiques de la xanthomatose associée à la maladie de Schüller-Christian, à savoir l'atteinte de la voûte cranienne, l'exophtalmie, le diabète insipide et la xanthomatose cutanée, faisaient défaut. Une seconde biopsie osseuse fut faite et traitée par le soudan III, sans déshydratation par l'alcool; elle permit de rectifier le diagnostic: le tissu prélevé était jaunâtre et mou; par places, le tissu intertrabéculaire montrait des îlots de cellules écumeuses, volumineuses, à cytoplasme clair et d'apparence vacuolaire, à noyau excentrique.

Ces constatations indiquent qu'il importe de penser à la xanthomatose osseuse en présence d'une dégénérescence kystique et d'une fibrose kystique des os longs. Le diagnostic entre cette affection et la maladie de Recklinghausen, en dehors de la radiographie et de l'examen histologique qui peuvent, comme on l'a vu, prêter à confusion, repose sur les signes suivants: L'absence de douleur osseuse, rare dans l'ostéite fibreuse kystique, est de règle dans la xanthomatose. Dans la plupart des cas de maladie de Recklinghausen, on trouve un amincissement de la corticale des os, de la tuméfaction de la zone atteinte et de l'ostéoporose généralisée; par contre, dans la xanthomatose, le gonflement osseux reste modéré et l'ostéoporose est localisée. La présence d'hypercalcémie est habituelle dans la maladie de Recklinghausen et l'hypophosphatémie est constante; au contraire, le taux du Ca et celui du pH sont normaux dans la xanthomatose osseuse. La phosphatase du plasma, très augmentée dans l'ostéite fibreuse kystique, est normale ou diminuée dans la xanthomatose. L'épreuve de l'hypercalcémie provoquée chez le lapin qui a reçu du sang du patient est positive en cas d'hyperparathyroïdie. L'excrétion urinaire du Ca, très augmentée dans l'ostéite kystique, est normale dans la xanthomatose.

Cette dernière doit encore être distinguée du mélanosarcome, du myélome multiple, des métastases cancéreuses, etc., ainsi que d'autres formes de granulomatose lipoïdique telles que la maladie de Gaucher et la maladie de Niemann-Pick.

P.-L. Marie.

W. W. Herrick et **A. B. Tillman.** ***Rapports de la toxémie de la grossesse avec les affections rénales et cardio-vasculaires*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 4, Avril 1935, p. 643-664). — Un groupe de 594 cas de toxémie gravidique a été l'objet des études des cliniciens durant la gestation anormale et pendant une période consécutive allant de 1 à 22 ans, en moyenne de 5 ans. Le taux de la mortalité dans ce groupe s'éleva à 2,7 p. 100, chiffre qu'il faut rapprocher de celui des tables de mortalité pour les femmes de 20 à 45 ans qui est à New-York de 0,4 pour 100. Parmi les décès survenus chez les patientes suivies, 80 pour 100 relevaient d'une affection rénale ou cardio-vasculaire.

Du point de vue clinique, ces cas se rangent dans deux catégories: la première, où il y a association avec une glomérulo-néphrite primitive, latente ou manifeste; la seconde, plus nombreuse, où l'on trouve une affection cardio-vasculaire hypertensive. Ces deux catégories diffèrent dans leurs manifestations cliniques pendant la phase de toxémie et la période consécutive; elles diffèrent aussi dans leur pronostic et dans leur traitement. Plus de la moitié des femmes qui ont survécu à la toxémie gravidique présentent des symptômes indiquant l'existence de l'un ou l'autre de ces états dans les 3 ans qui suivent la grossesse pathologique.

Parmi ces 594 cas, 11 furent autopsiés. Les anatomo-pathologistes, sans être au courant des constatations cliniques, ont décrit 2 types de maladies: dans 4 cas, ils ont trouvé des lésions typiques de glomérulo-néphrite chronique; chez 7 malades, ils ont constaté des altérations caractéristiques de maladie cardio-vasculaire hypertensive.

Il semble probable que les lésions caractéristiques de l'éclampsie et des autres formes vasculaires de toxémie ne sont pas transitoires, mais sont permanentes dans plus de la moitié des cas, aboutissant graduellement aux lésions de l'affection vasculaire chronique qu'on trouve chez ces malades.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

George Bennett et **Alvan Jones** (Baltimore). ***Tuberculose diaphysaire*** (*Archives of Surgery*, vol. **30**, n° 4, Avril 1935, p. 563-572). — Il s'agit d'un curieux cas d'ostéite destructive tuberculeuse de la diaphyse fémorale dont l'histoire clinique a été obscure et méconnue et qui s'est terminé par la mort. Cette affection est survenue chez un

homme de 22 ans bien portant qui vint consulter pour un tumeur fémorale, et la radiographie faite à ce moment-là montra une image qui pouvait être interprétée comme une tumeur maligne, destruction osseuse avec néoformation périostée et tumeur excentrique. L'opération exploratrice qui fut faite montra un tissu de granulations et le diagnostic opératoire resta incertain. L'évolution ultérieure de la maladie se fit vers une abcédation et la destruction progressive du fémur malgré de nombreux traitements et des opérations multiples de trépanation et de drainage; à aucun moment on ne put mettre en cause le microbe de la maladie et ce n'est que l'autopsie qui révéla la nature exacte des accidents, le malade mourut à la suite de phénomènes pulmonaires et d'une méningite et l'examen post-mortel permit de faire avec évidence le diagnostic de tuberculose.

B. et J. à la suite de ce cas un peu inhabituel insistent sur la difficulté du diagnostic de la tuberculose diaphysaire, sur sa latence clinique.

F. d'Allaines.

Henri K. Ransom (Ann Harbour). ***Cancer du pancréas*** (*Archives of Surgery*, vol. **30**, n° 4, Avril 1935, p. 584-606). — L'intérêt de cet article réside dans une étude statistique du cancer du corps de la queue du pancréas; une étude basée sur 16 cas de cette affection, 12 vérifiés par opération ou autopsie. Les notions classiques sont confirmées par la statistique : l'âge moyen des sujets a été de 57 ans et il y eut 2 fois plus d'hommes que de femmes atteintes, les symptômes caractéristiques sont comme on le sait la douleur intense par crise en général et l'amaigrissement rapide et considérable; les cancers de ces portions du pancréas ne comportant pas d'ictère au cours de l'évolution. Dans la moitié des cas on pouvait sentir une tumeur. Le diagnostic a été constamment difficile, les recherches de laboratoires, examens des urines ou des selles ne présentent en général aucun intérêt pour le diagnostic. Inversement, de bonnes radiographies ont pu faire prévoir le diagnostic dans 1/4 des cas en montrant des déformations du duodénum qui est déformé, coudé ou élargi, mais dans la moyenne le diagnostic est resté très difficile, surtout avec le cancer du côlon. La durée moyenne de survie après opération fut d'un peu plus de 4 mois.

Enfin, R. rapporte différents modes opératoires qui ont été envisagés au point de vue palliatif mais qui tous ont été rapidement insuffisants.

F. d'Allaines.

E. D. Stanton (Schenectady). ***Pronostic post-opératoire du cancer du sein*** (*Archives of Surgery*, vol. **30**, n° 4, Avril 1935, p. 629-634). — Statistique de résultats post-opératoires de 54 opérées entre 1907-1926. Toutes les opérées ont été suivies jusqu'à leur mort ou jusqu'en 1934. L'intérêt de la statistique est donc la longue durée des suites post-opératoires. Notons tout de suite qu'il y a 13 cas de guérison maintenue entre 7 et 20 ans, toutes ces malades ont été opérées, dans aucun cas on n'a fait de radiothérapie pré-opératoire.

De l'étude de cette statistique il résulte que le chiffre arbitraire de 5 ans que l'on a donné comme délai de guérison n'a aucune espèce de valeur puisque bon nombre de récidives surviennent longtemps après. Suivant la classification internationale des cancers du sein, S. a divisé ses résultats en trois classes, mais, en outre, il fait intervenir la notion de temps écoulé entre le début clinique des lésions et l'opération; ce temps écoulé qui représente dans une certaine mesure l'évolution plus ou moins rapide de la maladie n'a pas par lui-même une grosse importance; le pronostic, en effet, dépend non pas tant de l'opération plus ou moins précoce mais bien de la rapidité de la métastase.

En effet, le groupe 1 qui comprend 15 malades opérées pour une tumeur du sein sans métastase ganglionnaire comprend 7 guérisons échelonnées entre 7 ans et 20 ans et 6 mois.

Le groupe 2 qui comprend les tumeurs avec métastases ganglionnaires axillaires, sur 31 malades ne présente plus que 6 cas de guérisons échelonnées entre 7 ans et 15 ans.

Enfin, le groupe 3 qui représente 8 malades chez lesquelles les lésions étaient plus avancées : adhérences à la peau, au plan costal, propagation à l'autre sein, etc..., ne présente aucun cas de guérison éloignée, les récidives étant survenues entre 2 et 60 mois.

F. d'Allaines.

Duval Prey, John Foster et **Wilfred Dennis** (Denver). ***Sarcome primitif du duodénum*** (*Archives of Surgery*, vol. **30**, n° 4, Avril 1935, p. 675-684). — L'article rapporte un cas de cette affection rare et surtout comprend une bibliographie très complète de la question des sarcomes du pancréas.

Il s'agit d'une pièce d'autopsie qui fut prélevée chez un homme de 48 ans atteint de troubles digestifs assez mal caractérisés et chez qui on fit une opération exploratrice. La pièce montra une tumeur duodénale située à 9 cm. en aval du pylore, la tumeur envahit largement le pancréas et infiltre les parois du duodénum qui est rétréci mais non fermé, il existe une cavité diverticulaire duodénale intra-tumorale; le diagnostic histologique précis fut lymphosarcome. Deux radiographies sont jointes à l'article qui montrent une curieuse déformation gastro-duodénale : la grande courbure gastrique est repoussée, le premier duodénum est irrégulier, lacunaire et très dilaté audessous de la tumeur; l'ensemble est assez caractéristique d'une tumeur maligne.

De leur bibliographie, P., F. et D. ont pu relever 62 cas qui comprennent 36 lymphosarcomes, 5 sarcomes fuso-cellulaires, 4 myo-sarcomes, 1 myxo-sarcome, 2 mélano-sarcomes, enfin 14 cas où le diagnostic histologique n'est pas précisé.

F. d'Allaines.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

D. K. Miller et **C. P. Rhoads.** ***Production expérimentale chez le chien d'une stomatite aiguë associée à de la leucopénie et à un défaut de maturation des éléments myéloïdes de la moelle osseuse*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **61**, n° 2, Février 1935, p. 173-182). — Au cours de recherches sur la maladie de la langue noire du chien que l'on arrive à produire au moyen d'un régime alimentaire spécial dépourvu de viande, M. et R. ont observé que les animaux qui succombent à la forme aiguë présentent une leucopénie intense avec granulopénie, associée généralement à une stomatite ulcéreuse aiguë. La diminution des leucocytes circulants résulte de la suppression de la maturation des éléments granuleux dans la moelle osseuse. Ces altérations ressemblent dans l'ensemble à celles que l'on rencontre dans l'agranulocytose aiguë humaine que jusqu'ici l'on n'a pas réussi à reproduire expérimentalement avec toutes ses caractéristiques.

L'inoculation des spirochètes et des bacilles fusiformes qui pullulent dans les lésions buccales n'ayant pas permis de reproduire le tableau morbide, on doit les considérer comme de simples agents infectieux secondaires.

P.-L. Marie.

Th. M. Rivers et **G. P. Berry.** ***Diagnostic de la psittacose humaine au moyen de l'injection des crachats à la souris blanche*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **61**, n° 2, Février 1935, p. 205-212). — L'injection intrapéritonéale à la souris blanche des crachats des malades atteints ou suspects de psittacose détermine chez ces animaux une maladie généralement mortelle en 5 à 15 jours, indépendante des infections aérobies et anaérobies ordinaires, se traduisant par des lésions spléniques et hépatiques caractérisées par de petits foyers de nécrose entourés de polynucléaires et de mononucléaires et par la présence de corpuscules extrêmement fins colorables par la méthode de Castañeda à la safranine et au bleu de méthylène. La maladie est transmissible en série par injection d'émulsion de rate ou de foie, celle de sang restant inefficace, contrairement à ce qui a lieu avec l'oiseau comme animal d'expérience. On constate une forte immunité active chez les souris qui survivent à l'inoculation.

Cette méthode permet de diagnostiquer l'infection humaine de façon satisfaisante et de remplacer l'inoculation aux oiseaux, animaux coûteux et dangereux à manier en raison des contagions possibles.

P.-L. Marie.

G. A. Harrop, L. J. Soffer, W. M. Nicholson et **M. Strauss.** ***L'effet des sels de sodium sur la survie des chiens privés de surrénales*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **61**, n° 6, Juin 1935, p. 839-860). — Des travaux récents ont établi les rapports intimes existant entre les surrénales et le métabolisme du sel et de l'eau; ceux de Loeb, en particulier, suggèrent que le mécanisme de l'insuffisance surrénale réside dans une perte primitive de sodium par le rein. Chez les chiens ayant subi la surrénalectomie totale et maintenus en bon état grâce aux injections d'hormone corticale, si l'on vient à supprimer ces dernières, on constate une élimination urinaire exagérée de sodium, de chlore et d'eau, avec baisse correspondante de ces substances dans le plasma.

Les expériences relatées ici, faites sur des chiens privés de surrénales, montrent que ceux-ci peuvent être maintenus dans un état apparemment normal pendant longtemps (jusqu'à 5 mois) sans aucune opothérapie surrénale, simplement en leur administrant du chlorure de sodium et du bicarbonate de soude. Ces sels supprimés, une insuffisance surrénale typique se montre.

Ces recherches confirment l'opinion qui soutient que l'hormone corticale surrénale intervient chez le chien dans la régulation de l'excrétion du sodium par le rein, et ainsi dans le maintien de l'équilibre de l'eau dans l'organisme. L'hormone n'exerce pas d'influence directe sur le métabolisme hydrocarboné.

Les auteurs insistent sur les modifications réciproques de la concentration de l'urée et du potassium dans le plasma qui se produisent en même temps que les variations de concentration du sodium et des chlorures du plasma; il y aurait là un mécanisme amortissant les oscillations rapides de la pression osmotique et stabilisant les volumes des fluides dans le domaine extracellulaire et dans le domaine intracellulaire.

Les auteurs discutent les rapports de l'anachlorhydrie gastrique des chiens privés de surrénales avec l'anorexie et l'hypoglycémie.

P.-L. Marie.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA (Milan)

N. Andreis. ***Contribution à l'étude histologique des manifestations de sénescence de l'hypophyse humaine*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **6**, n° 1, Janvier-Février 1935, p. 44-72). — De l'étude de 75 hypophyses de sujets morts à un âge avancé, A. conclut qu'il

existe indiscutablement un état de sénescence de l'hypophyse; cet état est caractérisé par une sclérose étendue surtout importante au niveau du lobe glandulaire et de la région hilaire, par l'accumulation de matière colloïde dans les lobes glandulaires et nerveux et dans les kystes du hile qui sont très développés, par l'infiltration du lobe postérieur par des cellules basophiles venant du lobe intermédiaire, par des modifications cytologiques des cellules avec transformation basophile qui peut s'étendre à tout le parenchyme et par une abondante pigmentation du lobe nerveux et du pédoncule.

Lucien Rouquès.

C.-R. Pellizzari. ***La recherche microchimique du calcium dans les viscères des enfants rachitiques*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **6**, n° 1, Janvier-Février 1935, p. 109-124). — La meilleure méthode pour mettre en évidence histologiquement le calcium dans les tissus est celle de Freudenberg qui rend possible dans les organes riches en calcium la différenciation du calcium libre et du calcium fixé. Par cette méthode et par les autres qui ont été proposées, P. n'a pas constaté de dépôts anormaux de calcium dans les poumons, le cœur, le foie et les reins de 10 enfants rachitiques; ces résultats devront être confrontés avec ceux de l'analyse microchimique des tissus, le calcium pouvant exister en excès sous une forme combinée, aux protéines par exemple, que les techniques histologiques ne révèlent pas.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

L. Condorelli et O. Cortese. ***Recherches pharmacologiques et cliniques sur un glucoside de la digitalis lanata (lanadigine)*** [*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 3, Mars 1935, p. 205-261). — Après une étude de la lanadigine sur l'animal, C. et C. montrent que la dose thérapeutique chez l'homme correspond à environ 1/10 de milligr. par kilogramme de poids, à donner par la bouche en doses fractionnées en 3 jours; l'effet thérapeutique peut être obtenu aussi en 2 jours en donnant 8/100 de milligr. par kilogramme et en 1 jour en donnant 6/100 de milligr. par kilogramme ; mais la première méthode est la meilleure. La marge entre les doses thérapeutiques et toxiques est étendue puisque dans 3 cas, aucun accident n'a été observé en donnant 1/10 de milligr. par kilogramme en un seul jour ; par voie buccale, la lanadigine ne donne pas de troubles dyspeptiques et le vomissement tardif est extrêmement rare. La lanadigine donne les mêmes effets électrocardiographiques que la digitaline; elle n'a pas d'action nocive sur la conduction intraventriculaire et peut parfois l'améliorer nettement; dans 2 cas de coronarite, elle a ramené au niveau de la ligne iso-électrique l'espace S-T. Son action sur la pression artérielle dépend surtout du type de la décompensation; chez les hypertendus décompensés, la maxima s'élève, la minima ne se modifie pas ou s'élève moins que la maxima; chez les mitraux décompensés, il n'y a souvent pas d'action sur les pressions bien que l'amélioration soit nette; dans d'autres cas, la minima diminue avec ou sans élévation de la maxima; dans d'autres, la maxima augmente avec de légères variations de la minima. La pression veineuse, lorsqu'elle est augmentée, tend à revenir à la normale. La lanadigine n'a pas d'action directe sur la diurèse.

En règle générale, la lanadigine a les mêmes indications que la digitaline; ses meilleurs effets s'observent dans les myocardites et les affections mitrales décompensées avec fibrillation auriculaire. La lanadigine est moins active que la digitaline dans les rythmes sinusaux avec tachycardie; elle est moins dangereuse que la digitaline dans l'insuffisance aortique décompensée avec rythme sinusal, car elle a une action chronotrope négative plus faible; dans l'insuffisance aortique avec fibrillation auriculaire, l'emploi de la strophantine est préférable. La lanadigine est bien supportée dans les coronarites, car elle n'a pas d'action vaso-constrictive sur les coronaires; le bloc des branches, le bloc d'arborisation, la déviation de S-T de l'axe iso-électrique ne la contre-indiquent pas. Elle a peu d'action sur la tachycardie sinusale sans hypertrophie cardiaque, sur l'asystolie par symphyse péricardique et sur la décompensation aiguë du ventricule droit. Elle donne de bons résultats dans les péricardites après évacuation de l'épanchement.

Par son action et sa posologie, la lanadigine se différencie assez des glucosides de la *digitalis purpurea* et des autres préparations de la *digitalis lanata*.

Lucien Rouquès.

L. Pinelli. ***Malaria et glycosurie, malaria et diabète*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 4, Avril 1935, p. 303-325). — La plupart des spécialistes du diabète sucré se sont élevés contre la notion classique qui attribue au paludisme un rôle important dans l'étiologie du diabète; toutefois, certains auteurs persistent à décrire un diabète chez les paludéens et surtout des troubles glycorégulateurs aux diverses phases de l'infection palustre. P. a repris l'étude de cette question en Sardaigne sur de nombreux paludéens; sur 160 paludéens chroniques apyrétiques avec hépato-splénomégalie, souvent profondément anémiés et à un stade avancé de cachexie, il n'a jamais observé de glycosurie et la glycémie à jeun chez 34 des malades a varié de 0,50 à 1,10, avec une moyenne de 0,63. Sur 80 paludéens chroniques avec hépato-splénomégalie et présentant encore des accès fébriles à *plasmodium vivax*, *precox* ou *malariæ*, aucun cas de glycosurie et une glycémie à jeun variant chez 15 malades de 0,99 à 1,27 avec une moyenne de 1,09. Sur 70 malades atteints de paludisme aigu, aucun cas de glycosurie et une glycémie variant dans 14 cas de 1,08 à 1,30 avec une moyenne de 1,15. Dans 8 cas de paludisme pernicieux, pas de glycosurie et une glycémie variant dans 3 cas de 1,16 à 1,20. En résumé, sur 318 paludéens, jamais de glycosurie et une glycémie suivant les cas soit au-dessous soit au-dessus de la normale: avec la méthode de Schäffer-Hartmann, P. admet une glycémie normale de 0,76 p. 1.000. Sur 54 diabétiques soignés à la Clinique de Sassari, des antécédents de paludisme existaient chez 20 (37,18 pour 100); mais le diabète était survenu de 2 à 40 ans après les derniers accès fébriles; d'autre part, le diabète n'est pas plus fréquent dans les régions palustres que dans les autres. Les altérations pancréatiques signalées dans le paludisme ne portent pas sur les îlots de Langerhans et celles du foie peuvent expliquer les variations de la glycémie: l'épreuve de la glycosurie provoquée est dans la règle négative chez les paludéens (24 cas sur 25). On peut donc nier l'existence d'un diabète et d'une glycosurie palustres.

Lucien Rouquès.

V. G. Barone. ***Importance de la vitamine B dans le métabolisme des hydrates de carbone*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 4, Avril 1935, p. 326-336). — Chez les sujets normaux, l'injection intraveineuse de 20 unités de vitamine B produit une diminution constante de la glycémie qui en moyenne est de — 15 pour 100 et persiste pendant 3 heures; chez les diabétiques, la baisse de la glycémie est presque constante, atteignant — 31 pour 100 après la 3e heure; chez deux diabétiques très émotifs du fait d'une hyperthyroïdie associée, l'injection de vitamine a produit une légère élévation de la glycémie, à mettre sur le compte de leur état émotif, ou à attribuer à la constance non absolue de l'effet hypoglycémiant de la vitamine B. Après injection intramusculaire de 20 unités de vitamine B, la glycémie ne se modifie presque pas chez les sujets sains et baisse assez nettement chez les diabétiques jusqu'à — 21 pour 100. Les injections de vitamine B sont bien supportées; certains diabétiques peuvent présenter une ou deux heures après l'injection des frissons, des palpitations, de la céphalée, une sensation de faim, troubles en rapport avec la baisse de la glycémie et toujours légers et passagers. La vitamine B mérite d'être considérée chez les diabétiques au moins comme une thérapeutique d'appoint au régime et à l'insuline.

Lucien Rouquès.

P. Introzzi et A. Mariani. ***Le pouvoir amylolytique de la salive et du sérum à l'état normal et pathologique*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 5, Mai 1935, p. 401-504). — I. et M. ont déterminé le pouvoir amylolytique de la salive et du sérum chez des sujets sains et des sujets atteints d'affections variées, au total dans 130 cas ; à l'état normal, le pouvoir amylolytique de la salive présente d'assez fortes variations individuelles, celui du sang est plus constant; le pouvoir amylolytique varie légèrement suivant qu'on le détermine à jeun ou après les repas. Dans de nombreuses maladies, il y a des variations plus ou moins constantes des pouvoirs amylolytiques du sang et de la salive. Le taux diastasique salivaire est augmenté dans l'urémie, la carcinose diffuse du squelette et du péritoine, les hépatites chroniques, les cirrhoses, dans le diabète sucré survenant avant la trentième année et dans l'hémophilie. Le taux diastasique salivaire est diminué dans l'hypo- et dans l'hyperthyroïdisme, dans la maladie de Basedow améliorée avec métabolisme normal, dans les anémies (anémies pernicieuses ou par ankylostomiase, anémie hypochrome hémolytique splénomégalique), dans le diabète insipide et dans le diabète sucré des sujets âgés, dans les leucémies lymphoïdes et myéloïdes, dans les maladies de Pick et d'Addison, chez les ictériques, chez les hypo- et hyperchlorhydriques par troubles fonctionnels ou lésionnels, chez les sujets ayant un foie cardiaque, dans la pancréatite chronique et chez les sujets ayant de la glycosurie alimentaire. Les variations du pouvoir amylolytique du sérum sont dans l'ensemble parallèles à celles du pouvoir salivaire; le pouvoir amylolytique sérique est augmenté dans le diabète sucré juvénile (encore plus que le pouvoir salivaire), dans les hépatites, l'urémie, les cirrhoses et, à l'inverse du pouvoir salivaire, dans la pancréatite chronique syphilitique, le diabète insipide et la maladie de Basedow avec métabolisme normal; le pouvoir amylolytique sérique est diminué dans toutes les autres affections.

Lucien Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

R. Agnoli et A. Vallebona. ***Nouvelles observations sur l'emploi clinique des ondes courtes, en particulier dans les suppurations broncho-pulmonaires*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, t. **56**, n° 14, 7 Avril 1935, p. 375-379). — A. et V. donnent leurs résultats du traitement des suppurations pulmonaires par les ondes de 30 m.; dans un abcès putride d'emblée, guérison clinique et radiologique qui se maintenait après trois mois; dans un autre cas d'abcès putride d'emblée, amélioration transitoire suivie d'une reprise du proces-


GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin et soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littérature :
LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

sus; dans une bronchopneumonie suppurée avec abcès, amélioration légère de l'état local et de l'état général, le traitement étant encore en cours; dans une suppuration chronique avec abcès multiples, amélioration clinique évidente mais aggravation nette des signes objectifs; dans une gangrène pulmonaire aiguë, le traitement a été interrompu après trois séances, l'état du malade étant trop grave; dans un cas de bronchite purulente chronique, amélioration rapide et importante mais dont la durée n'est pas précisée.

A. et V. remarquent que leurs résultats sont loin d'être aussi brillants que ceux des auteurs allemands qui emploient des ondes de 15 mètres; il leur paraît difficile dans les cas favorables de départager ce qui est dû aux ondes courtes de ce qui est dû à la régression spontanée de l'affection; en tous cas, ils n'ont jamais observé d'accidents imputables au traitement.

Lucien Rouquès.

IL MORGAGNI
(Naples)

G. Parenti. ***Recherches sur la vitesse de circulation du sang*** (*Il Morgagni*, t. **77**, n° 11, 17 Mars 1935, p. 291-302). — P. a recherché chez 34 sujets convalescents, cardiaques décompensés ou anémiques graves si l'injection de 200 centicubes d'oxygène sous la peau avait une influence quelconque sur la vitesse de circulation du sang; déterminant cette vitesse par la méthode au chlorure de calcium immédiatement avant et 10, 20 et 40 minutes après l'injection d'oxygène (l'oxygène dans les conditions des recherches était absorbé en moins de 40 minutes), il n'a constaté que des variations insignifiantes, aussi bien chez les sujets ayant une vitesse de circulation normale qu'une vitesse diminuée (cardiaques décompensés) ou augmentée (maladie de Basedow, anémies).

Lucien Rouquès.

D. Beggi et **V. Picasso.** ***Les injections sous-cutanées d'oxygène dans les néphrites*** (*Il Morgagni*, t. **77**, n° 14, 7 Avril 1935, p. 380-386). — Dans 12 cas de néphrites aiguës ou chroniques traitées par l'injection sous-cutanée quotidienne de 100 centicubes d'oxygène, B. et P. ont observé l'augmentation constante et importante de la diurèse, la diminution du taux de l'urée sanguine, la diminution ou la disparition de l'albuminurie et de la cylindrurie, une élimination plus forte des chlorures; le traitement toujours bien supporté produit une amélioration de l'état général comme de l'état rénal. Les résultats ont été particulièrement nets dans les néphrites hématuriques où le sang a rapidement disparu des urines. Contrairement à ce qui a été soutenu, l'oxygénothérapie sous-cutanée diminue très souvent la pression artérielle.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione medica]
(Rome)

G. Rabboni et **S. E. Gorrieri.** ***Sur le mécanisme d'action de l'auto-hémothérapie dans l'hémorragie cérébrale*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **42**, n° 3, 1er Mars 1935, p. 153-168). — L'autohémothérapie préconisée par Colella et Pizzillo dans l'hémorragie cérébrale soit au début, soit à la phase de séquelles, a donné à R. et G. 7 résultats favorables sur 12 cas; mais son mode d'action est mal élucidé; supposant qu'elle pouvait favoriser la résorption du foyer hémorragique, R. et G. ont recherché si elle augmentait le pouvoir hémolytique du sérum des malades; chez 13 hémiplégiques avant autohémothérapie, ils ont trouvé 5 fois des anticorps isohémolytiques (proportion semblable à celle que l'on constate lorsqu'il y a un foyer hémorragique local de n'importe quel siège); après autohémothérapie, ils ont trouvé des isohémolysines 9 fois sur 12, celles-ci pouvant apparaître sous l'influence du traitement ou augmenter lorsqu'elles existaient déjà; ils ont constaté aussi que des isoagglutinines pouvaient apparaître ou augmenter après le traitement. Il n'y a pas de rapport entre la quantité des isohémolysines et les résultats thérapeutiques, mais il semble en exister un entre l'augmentation des agglutinines et les bons résultats.

Lucien Rouquès.

A. Pozzi. ***Le signe du sou dans le pneumopéritoine*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **42**, n° 4, 1er Avril 1935, p. 197-214). — Ce que P. entend par signe du sou correspond plutôt dans la terminologie française usuelle au bruit d'airain; il le recherche sur l'abdomen comme sur le thorax, le malade pouvant être assis ou couché sur un flanc; le signe peut même être trouvé en percutant avec les sous une moitié de l'abdomen et en auscultant l'autre moitié; le retentissement métallique apparaît lorsqu'il y a dans le péritoine 900 à 1.000 centicubes de gaz au moins; mais avec 200 centicubes, on note déjà une modification du bruit normal qui devient plus sonore. L'insufflation gastrique et celle du grêle (en faisant absorber au malade de la poudre de Frerichs en capsules kératinisées) ne donnent jamais de retentissement métallique; par contre, la distension gazeuse du côlon en donne constamment, mais seulement sur le trajet du cadre colique; dans le pneumo-péritoine, le bruit est perçu dans tout l'abdomen. Le signe du sou semble donc un bon signe de pneumopéritoine et mérite d'être recherché lorsqu'on soupçonne une perforation.

Lucien Rouquès.

F. Marcolongo et **O. Maestri.** ***Etudes sur l'acide urique dans les néphropathies : les pouvoirs de concentration et de dilution pour l'acide urique et l'influence qu'exerce sur eux l'hormone post-hypophysaire dans les affections rénales diffuses avec insuffisance, chez les sujets normaux et chez les hypertendus*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **42**, n° 6, 1er Juin 1935, p. 330-365). — Les épreuves de concentration et de dilution chez les sujets normaux démontrent l'existence de pouvoirs de concentration et de dilution pour l'acide urique qui sont, surtout le premier, indépendants dans une certaine mesure de la diurèse et de la concentration globale. L'hormone post-hypophysaire agit sur le pouvoir de concentration en diminuant l'uricurie maxima et l'uricurie moyenne et sur le pouvoir de dilution en augmentant l'uricurie maxima.

Dans l'hypertension primitive, plus ou moins indemne de lésions rénales, les pouvoirs de concentration et de dilution sont en général normaux ou ne présentent que de légères modifications; la réponse à l'extrait post-hypophysaire est également normale ou un peu modifiée. Dans les néphrites aiguës, le pouvoir de concentration pour l'acide urique est presque toujours diminué; il donne des renseignements plus précis sur la gravité et l'évolution de l'affection que les diverses épreuves fonctionnelles dont celle de la concentration globale; le pouvoir de dilution n'est que peu touché. Dans les néphrites chroniques, le pouvoir de concentration est presque toujours diminué et souvent plus que les autres épreuves fonctionnelles pourraient le faire croire; la diminution s'aggrave avec la maladie, sans concorder rigoureusement avec les autres épreuves et les signes cliniques; le pouvoir de dilution n'est atteint que dans les cas très avancés. Les troubles de la concentration et de la dilution urique sont souvent déjà nets alors que l'uricémie est encore normale et l'uricurie des 24 heures satisfaisante; ils constituent le meilleur signe d'un métabolisme anormal de l'acide urique au cours des néphrites et un des signes les plus précis, les plus fins et les plus certains de l'insuffisance rénale.

Lucien Rouquès.

A. Ferrannini. ***Parathyroïdes et métabolisme des hydrates de carbone; action de l'extrait parathyroïdien sur la glycémie et la glycosurie des diabétiques*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **42**, n° 6, 1er Juin 1935, p. 366-379). — Chez 10 diabétiques, l'injection intramusculaire d'extrait parathyroïdien a produit une baisse nette de la glycémie, légèrement moindre que l'insuline; l'extrait parathyroïdien diminue également la glycosurie. En injectant successivement ou simultanément l'extrait parathyroïdien et l'insuline, on voit que l'extrait parathyroïdien peut ne pas modifier, renforcer ou inhiber légèrement, suivant les cas, l'effet hypoglycémiant de l'insuline. L'extrait parathyroïdien a donc une action analogue à l'insuline et l'on peut admettre l'existence d'une collaboration fonctionnelle des parathyroïdes et du pancréas dans le métabolisme des hydrates de carbone.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]
(Rome)

G. Luzzatto-Fegiz. ***L'épreuve de l'histamine comme moyen de diagnostic dans la tuberculose pulmonaire à faible symptomatologie stéthacoustique*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **42**, n° 15, 15 Avril 1935, p. 701-707). — L'infection sous-cutanée de 1 milligr. d'histamine fait apparaître dans une proportion importante des cas de tuberculose pulmonaire radiologiquement vérifiée et muette à l'auscultation des modifications localisées du murmure vésiculaire et des bruits surajoutés: râles sous-crépitants, râles inspiratoires à bulles peu nombreuses, petites ou moyennes, râles à caractère nettement consonnant lorsqu'il s'agit d'une caverne muette, râles ronflants et sibilants; les signes apparaissent 2 ou 3 minutes après l'injection, sont surtout nets en avant et disparaissent en 15 à 20 minutes; il y a intérêt à ne pas faire trop tousser le malade, car la toux a plus tendance à atténuer ces bruits qu'à les augmenter. L'histamine exagère aussi les bruits d'auscultation de la tuberculose cliniquement confirmée, mais plus les râles sont nombreux, moins leur augmentation est nette; dans la tuberculose avec signes d'auscultation, l'épreuve est inutile et doit être évitée, car elle donne la réaction générale habituelle aux injections d'histamine avec sa congestion périphérique. L'épreuve n'offre aucun danger si on l'évite chez les malades qui ont des signes de sténose bronchique, de bronchite spasmodique, chez ceux qui sont asthmatiques ou très dyspnéiques. L'histamine fait probablement apparaître les signes au niveau des foyers latents par son action broncho-spasmodique, par son action œdématigène et en diminuant la perméabilité vasculaire avec élection au niveau des vaisseaux prédisposés des zones lésées.

Lucien Rouquès.

D. Beggi. ***Phénomènes d'intolérance à l'insuline*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **42** n° 22, 3 Juin 1935, p. 1075-1082). — D. rapporte l'observation d'un diabétique de 23 ans présentant après chaque injection d'insuline, six mois après une première série d'injections bien supportées, une sensation de malaise avec tachycardie, hypotension, dyspnée intense, frissons, nausées et une éruption urticarienne avec œdème de la face et du cou. Les intradermo-réactions faites avec diverses marques

d'insuline ont toutes été positives; l'injection parentérale d'extraits pancréatiques désinsulinés n'a provoqué aucun trouble; la transmission passive de l'anaphylaxie au lapin a réussi avec toutes les insulines et échoué avec les extraits désinsulinés; avec des injections très diluées d'insuline, on a réussi à obtenir une désensibilisation temporaire.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA

(Turin)

E. Greppi. ***Sur les ictères hémolytiques avec augmentation de la résistance globulaire et sur une figure hématologique particulière, les microcytes à résistance maxima*** (*Minerva medica*, 26e année, t. 1, n° 13, 31 Mars 1935, p. 409-415). — Il a été publié dans ces dernières années en Italie, en particulier par G., un certain nombre de cas d'ictères hémolytiques constitutionnels avec augmentation de la résistance globulaire. G. insiste à ce propos sur la nécessité de ne pas se contenter d'une détermination qualitative de la résistance globulaire, mais de rechercher aussi la résistance quantitative des globules; la masse globulaire est, en effet, normalement constituée par des hématies à résistance minima (6 pour 100), moyenne (84 pour 100) et maxima (10 pour 100); chez un père et son fils atteints d'ictère hémolytique congénital, G. a trouvé des valeurs voisines de la résistance globulaire déterminée par la méthode d'Hamburger (0,48-0,20 chez le fils, 0,46-0,20 chez le père) et des pourcentages très différents de la résistance des globules (globules à résistance maxima: 66,7; moyenne: 31,3; minima: 1 chez le fils; globules à résistance maxima : 39, moyenne: 38,6; minima: 22,2 chez le père). Les cellules à résistance maxima sont des microcytes; la microcytose maximo-résistante s'observe dans des anémies secondaires avec ou sans hyperhémolyse, dans des anémies chroniques à type chlorotique, chez des sujets bien portants au teint pâle ou comme caractère familial chez les parents des malades; on peut considérer ces cellules comme les globules les plus éloignés de l'évolution vers la destruction physiologique.

LUCIEN ROUQUÈS.

E. Filla. ***Expériences sur l'intervention du système nerveux végétatif dans la régulation de la glycémie*** (*Minerva medica*, 26e année, t. 1, n° 15, 14 Avril 1935, p. 489-494). — Ayant suivi les variations de la glycémie après injections d'atropine, de tartrate d'ergotamine, d'adrénaline, seules ou associées à des injections intraveineuses d'insuline, F. conclut que le pancréas est capable de régulariser automatiquement la glycémie sans l'intervention du système nerveux; cette régulation ne s'exerce que dans des limites étroites, mais suffisantes pour éviter tout phénomène pathologique; la glucose paraît avoir une action hormonale sur le tissu insulaire et peut jusqu'à un certain point régler la sécrétion d'insuline. Le système nerveux végétatif a pour fonctions de transmettre aux organes qui interviennent dans le métabolisme du sucre les excitations d'origine centrale et de coordonner leur action. Le vague fait sécréter l'insuline et agit en produisant une diminution de la glycémie; le sympathique mobilise le glycogène et agit en augmentant la glycémie. La paralysie du vague ou du sympathique n'empêche ni l'hyperglycémie alimentaire, ni la compensation de l'hypoglycémie provoquée; le fait que la paralysie du vague ou du sympathique ne trouble pas la régulation automatique de la glycémie paraît indiquer qu'à cet égard comme à celui du métabolisme en général, il n'y a pas entre les deux systèmes un véritable antagonisme et, qu'au contraire, ils peuvent se suppléer. La paralysie simultanée du vague et du sympathique supprime l'hyperglycémie alimentaire et la compensation spontanée de l'hypoglycémie insulinique; cette paralysie bloque, en effet, les échanges en général et la glycorégulation en particulier, en rendant insuffisante la fonction glycopexique du foie et en paralysant les fonctions digestives.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Bua. ***Les facteurs déterminants dans le mécanisme de la diurèse et de l'antidiurèse mercurielle*** (*Minerva medica*, 26e année, t. 1, n° 19, 12 Mai 1935, p. 623-629). — L'élément actif des diurétiques mercuriels est l'affinité résiduelle du mercure de ces composés pour les groupements azotés des éléments organiques; cette affinité résiduelle du mercure et la relation physico-chimique qui existe entre les ions chlore et mercure sont les facteurs déterminants de l'action diurétique des composés mercuriels; l'aptitude fonctionnelle des reins et le métabolisme du chlore sont les facteurs de la diurèse qui sont régis par l'état de l'organisme. Que les dérivés mercuriels produisent une diurèse ou l'inhibent, le processus reste le même: dans le second cas, en effet, il existe toujours une phase initiale et fugace d'hyperfonctionnement rénal que remplace une phase d'inhibition qui diminue la diurèse; ces deux phases dépendent des facteurs régis par l'état de l'organisme. Le rein est le lieu principal où les diurétiques mercuriels agissent directement; les tissus et le sang ont une action de complément directe et indirecte.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Marengo et **F. Massimello.** ***Etude des modifications de la bilirubinémie et de la diurèse après injection de sels biliaires*** (*Minerva medica*, 26e année, t. 1, n° 20, 19 Mai 1935, p. 658-660). — L'injection de tachydrol, de décholine (sel sodique de l'acide dehydrocholique) ou des deux produits provoque l'augmentation de la bilirubinémie sans modifier la réaction qualitative de la bilirubine; la décholine est utile dans les affections hépatiques où elle provoque, en augmentant le flux biliaire, une sorte de lavage des voies biliaires; son emploi est contre-indiqué dans les compressions du canal cholédoque et doit être très prudent dans la lithiase cholédocienne; dans les ictères, la décholine accélère le passage des pigments biliaires de la peau vers le sang et libère les pigments retenus dans les tissus.

La décholine a une action diurétique qui renforce celle des diurétiques mercuriels et qui est particulièrement utile lorsque ces diurétiques sont contre-indiqués; l'association décholine-diurétiques mercuriels est très utile dans les cirrhoses où à l'action diurétique s'ajoute l'action favorisante sur l'écoulement de la bile. On peut augmenter l'action diurétique de la décholine en l'injectant en cas d'ascite dans la cavité péritonéale (les doses injectées ne sont pas précisées dans l'article).

LUCIEN ROUQUÈS.

SPITALUL

(Bucarest)

C. Danita. ***Sur les micro-poly-hernies ventrales*** (*Spitalul*, t. 55, n° 4, Avril 1935, p. 153-155). — D. décrit les petites et multiples hernies qu'on peut rencontrer chez les malades débilités ou les femmes ayant eu plusieurs grossesses. Ces hernies siègent entre les fibres musculaires des droits ou obliques de l'abdomen dans l'étage supérieur. Ce sont des malades débiles, anémiques, hypotoniques, présentant des symptômes digestifs ou nerveux à distance.

Ces troubles sont exagérés par la toux; les malades diminuent de poids par manque d'appétit. On découvre ces hernies à l'examen du malade en décubitus dorsal, les muscles de l'abdomen étant relâchés. A la toux on remarque, sous le rebord costal, l'apparition de toute petites tumeurs du volume d'un grain de maïs ou d'un haricot, douloureuses à la pression. Le signe pathognomonique, c'est l'apparition et la disparition de ces hernies par la toux.

Ces hernies survenant sur des organismes débilités, il faut tonifier ces malades par un traitement général et sédatif.

HENRI KRAUTER.

N. Mihailide. ***L'hématurie après l'appendicectomie*** (*Spitalul*, t. 55, n° 4, Avril 1935, p. 157-160). — M. cite une seconde observation d'hématurie survenant après l'appendicectomie. Il croit que cette hématurie ne doit pas être englobée dans les complications urinaires de l'appendicite. C'est une hématurie avec quelques cylindres de légère néphrite sans pus ni microbes. Leur caractéristique c'est l'apparition *brusque*, après une période prodromique avec indisposition inexplicable et agitation; il y a douleur au niveau du rein qui saigne, avec irradiations sur le trajet de l'uretère, difficulté d'uriner, émissions courtes et très douloureuses. Après 4-5 jours l'hématurie disparaît mais on retrouve au microscope des hématies et des éléments rénaux pendant quelque temps. Les hématuries après l'appendicectomie sont beaucoup plus rares que pendant l'appendicite. Kümmell, sur 8.600 cas, a observé 3 appendicites avec hématurie et aucune hématurie après l'opération. Poenaru-Caplesco publie en 1931 4 cas, Gerota sur 2.500 appendicites opérées n'en observa aucune.

M. Laquière publia, en 1926, un mémoire détaillé sur les hématuries au cours de l'appendicite (*Journal d'Urologie*, nos 2 et 3), mais cite les hématuries post-opératoires sans les commenter.

M. croit que dans son cas la pathogénie serait en rapport avec une débilité rénale qui subit l'effet du traumatisme opératoire.

HENRI KRAUTER.

P. Roibasi. ***Considérations sur l'étiologie du rhumatisme polyarticulaire aigu*** (*Spitalul*, t. 55, n° 4, Avril 1935, p. 160-163). — La majorité des auteurs croit que le rhumatisme poly-articulaire constitue un syndrome clinique et non une entité morbide. Si les manifestations cliniques diffèrent en intensité et variabilité des phénomènes généraux et locaux, les phénomènes capitaux restent les mêmes. Les recherches bactériologiques négatives et la symptomatologie semblable aux manifestations allergiques peuvent justifier l'affirmation que le rhumatisme polyarticulaire aigu est plutôt une anaphylaxie des séreuses, sensibilisées antérieurement par différentes toxines microbiennes; plus fréquemment il s'agit de la toxine streptococcique. Il est probable qu'il existe également un rhumatisme poly-articulaire aigu d'origine bacillaire.

R. soutient l'hypothèse des multiples facteurs étiologiques du rhumatisme et présente 2 observations: 1° dans la première il s'agit d'un malade qui présentait une lymphangite streptococcique de la jambe qui sensibilisa la séreuse articulaire et une rechute lymphatique engendra la symptomatologie du rhumatisme polyarticulaire aigu.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un cas de rhumatisme polyarticulaire d'origine bacillaire.

HENRI KRAUTER.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

E. Sergent, H. Durand, R. Kourilsky et **Patalanu.** ***Les kystes congénitaux, isolés et suppurés du poumon*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. **10**, n° 2, 1935, p. 142-173). — 3 observations de kystes congénitaux du poumon, dont 2 avec vérification histologique, permettent une étude clinique, radiologique, thérapeutique et histologique de cette affection.

A côté des grands kystes gazeux, dont la symptomatologie physique est celle d'un pneumothorax localisé de la grande cavité; à côté des kystes multiples, associés le plus souvent aux bronchectasies congénitales, il existe des kystes intra-pulmonaires isolés, de dimensions variables qui ne se manifestent au point de vue clinique que lorsqu'ils sont infectés et suppurés, ou par des hémoptysies intermittentes de sang rouge chez des sujets jeunes.

La symptomatologie du gros kyste pulmonaire congénital suppuré est celle de toutes les suppurations pulmonaires. Après une période d'hémoptysies isolées qui s'explique par les malformations vasculaires à l'intérieur des kystes, le kyste s'infecte en général d'emblée. Suivant ses dimensions, son siège et l'importance de l'ouverture bronchique, on a une matité diffuse avec obscurité respiratoire ou une zone de condensation limitée avec sous-crépitants. La suppuration peut être simplement fétide ou réaliser une véritable gangrène. Radiologiquement, ces kystes réalisent une image hydro-aérique régulièrement limitée, simulant un abcès s'il est petit, une pleurésie enkystée s'il est gros. La régularité extrême des contours, la permanence de l'image radiologique sont les caractères distinctifs les plus importants. L'injection intratrachéale de lipiodol donne des résultats variables. Dans les kystes moyens, la substance opaque n'injecte pas la poche lorsqu'elle est remplie; dans les grands kystes, elle pénètre facilement et se mêlant au pus en dessine le contour.

Souvent ces kystes ne sont connus qu'au moment du drainage chirurgical à leur paroi lisse, plissée, brillante, caractéristique et à leur poche immuablement béante.

Le traitement doit se borner au drainage en déclivité stricte et en 2 temps; l'extirpation est toujours dangereuse, souvent impossible; l'affaissement par thoracoplastie difficilement réalisable.

La structure histologique de ces malformations essentiellement bronchiques est caractérisée par une dysplasie des tubes bronchiques, tubulés, ramifiés et kystiques. La dysplasie artérielle concomitante, presque constante, explique la fréquence des hémorragies. ROBERT CLÉMENT.

G. Hicguet. ***La bronchographie au lipiodol par voie transnasale (Procédé de Hicguet et Paul Henneberg)*** [*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. **10**, n° 4, 1935, p. 304-315]. — Le procédé d'introduction de la substance opaque comporte 2 temps successifs: l'anesthésie et le lipiodolage.

L'anesthésique préconisé est une solution de cocaïne phéniquée-adrénalinée, qui se conserve facilement. On défléchit fortement en arrière la tête du malade assis sur une chaise basse. On saisit avec une compresse sa langue comme pour un examen laryngoscopique. Le larynx est attiré en haut et en avant et on fait respirer profondément le malade pour maintenir la glotte béante. De l'autre main on introduit dans la fosse nasale la plus large l'extrémité d'un entonnoir prolongé d'un petit drain, et on verse 5 cmc de la solution anesthésiante. La traction de la langue empêchant tout mouvement de déglutition, le liquide glisse le long du plancher nasal et vient tomber dans l'orifice laryngé largement ouvert. La sensibilité de la glotte détermine un reflux, le malade tousse, le liquide anesthésique barbotte au niveau du carrefour aéro-digestif. 2 minutes après, on procède de la même façon; cette fois, la majeure partie du liquide pénètre dans la trachée. Si l'on estime l'anesthésie insuffisante, il y a lieu de procéder à une troisième instillation; le plus souvent 2 suffisent.

L'instillation du lipiodol se fait de la même façon que celle de la cocaïne.

La radiographie est faite en position debout pour injecter les lobes inférieurs, en décubitus latéral ou en Trendelenbourg léger, si on veut opacifier un lobe moyen ou supérieur.

Ce procédé augmente les chances d'iodisme parce que l'huile iodée qui adhère à la muqueuse nasale peut être déglutie quand l'anesthésie a cessé ou lorsque la toux la fait remonter au carrefour pharyngé et de là dans l'estomac.

Cette méthode n'a jusqu'ici rencontré que des échecs chez l'enfant, soit en raison des dispositions anatomiques du carrefour aéro-digestif, soit peut-être à cause de l'insuffisance de l'anesthésie. En pédiatrie, H. préfère le tubage du larynx sous anesthésie générale. ROBERT CLÉMENT.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

Fribourg-Blanc et **Lassalle.** ***Trypanosomiase à symptomatologie psychique prédominante*** (*Annales Médico-psychologiques*, t. **93**, n° 1, Janvier 1935, p. 1-10). — Observation d'un colonial qui, à la suite d'un épisode infectieux continu, présente des accès de somnolence, puis des troubles du caractère (hyper-émotivité, irritabilité). Amaigrissement, teint bronzé, adénopathies, splénomégalie, exagération des réflexes. Liquide céphalo-rachidien: albumine 1 gr. 12, et 162 lymphocytes.

On découvre des trypanosomes par ponction d'un ganglion.

Traitement par la tryparsamide. Alors éclate une violente crise anxieuse, puis des idées de persécution apparaissent. La bouffée guérit en deux mois. De même une récidive, trois mois après.

Ce cas est remarquable par la précocité de l'atteinte nerveuse, par la recrudescence (réactivation) observée au début du traitement, par le succès final de ce traitement à la tryparsamide.

G. D'HEUCQUEVILLE.

A. Castin, M[me] **Gardien-Jourd'heuil** et **P. Gardien.** ***Essais de traitement de l'anxiété par la vagotonine*** (*Annales Médico-psychologiques*, t. **93**, n° 1, Janvier 1935, p. 51-65). — Nouveaux essais cliniques de traitement de l'anxiété par les injections de vagotonine.

12 observations. Dans 9 cas sur 12, l'excitabilité du parasympathique a été augmentée. Dans 4 cas, l'état mental a été nettement amélioré.

La dose de 20 centigr. semble très suffisante. Les malades les plus améliorés présentaient, avant le traitement, un réflexe solaire marqué.

G. D'HEUCQUEVILLE.

H. Baruk, H. Briand, L. Camus et **R. Cornu.** ***L'anxiété biliaire*** (*Annales Médico-psychologiques*, t. **93**, n° 2, Février 1935, p. 177-192). — Après avoir rappelé le rôle attribué par les auteurs anciens à la fonction biliaire dans la mélancolie, B., B., C. et C. apportent de nouvelles données expérimentales, relatives à l'action de la bile et des sels biliaires sur les centres neuro-végétatifs, en particulier respiratoires.

Les biles duodénales, prélevées sur les anxieux, déterminent, chez les animaux injectés, une dyspnée intense avec spasmes, tremblements, évoluant parfois vers la mort.

La bile duodénale de l'homme normal et la bile vésiculaire animale accélèrent ou ralentissent, selon les cas, le rythme respiratoire. De même, les sels biliaires, administrés par voie intraveineuse.

Les éléments biliaires agissent sur les centres neuro-végétatifs de la base de l'encéphale, sans doute en les sensibilisant vis-à-vis de certaines excitations.

G. D'HEUCQUEVILLE.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE (Paris)

Henry Garnier. ***Les hémorragies trachéales*** (*Annales d'oto-laryngologie*, n° 3, Mars 1935, p. 261-277). — Une hémoptysie désigne un crachement de sang provenant de l'étage sous-glottique de l'appareil respiratoire. Les hémoptysies ne sont tuberculeuses que dans 60 pour 100 des cas environ. Le perfectionnement de la radiographie, l'utilisation du lipiodol, la trachéo-bronchoscopie ont permis d'éliminer des causes pulmonaires et de révéler l'existence de lésions de la trachée et des grosses bronches.

L'hémoptysie par hémorragie trachéale avait d'abord été indiquée comme signe révélateur d'une rupture de *veinectasie trachéale*, puis dans les cas d'aspiration d'air surchauffé, chargé de *particules de charbon*, puis attribuée à des causes diverses (*syphilis trachéale, polypes*). Les points d'élection de l'hémorragie trachéale (*région sous-glottique et région de la bifurcation*) répondent à une vascularisation plus riche. Les facteurs d'ordre constitutionnel (*faiblesse de la paroi veineuse*), dyscrasiques (*déficience kystique, maladies du sang*), irritatif local (*gazeux ou pulvérulents*), infectieux (*syphilitique*), les rapports avec les lésions profondes (*pulmonaires*), l'âge (*fréquence plus grande* de 20 à 40 ans) doivent entrer en ligne de compte.

Cliniquement, on se trouve en présence d'un individu bien portant qui présente brusquement, sans prodromes, une hémoptysie d'abondance variable, de sang pur, non aéré, se dissolvant dans l'eau, non accompagnée de mucosités, ni de crachats noirâtres les jours suivants.

On observe une élévation thermique de quelques dixièmes si l'hémorragie est abondante, une déficience de l'état général si le malade est obsédé par l'idée de tuberculose.

Les affections pulmonaires, les affections cardio-vasculaires, les pseudo-hémoptysies par affection des voies respiratoires supérieures éliminées, la trachéoscopie permet seule de déceler le siège de l'hémorragie trachéale. Soulas décrit trois sortes de lésions, en dehors des cas de *polypes* : hémorragie *en nappe* répondant à une muqueuse hyperémiée au point de réduire la lumière du tube trachéal — *éraillures* recouvrant une zone ovalaire de 2 à 3 cm apparaissant nettement sur le fond

pâle créé par l'adrénaline — *ulcération*, le plus souvent unique, nette, peu profonde, d'ordre banal.

Au point de vue du diagnostic une seule maladie peut avoir comme symptôme unique des crachements de sang répétés : la *broncho-spirochétose;* or, l'examen des crachats met en évidence le spirochète.

Si tous les signes cliniques et radiologiques permettent d'éliminer une affection pulmonaire — le diagnostic d'hémorragie trachéale pourra être porté et la bronchoscopie permettra de renseigner sur son étiologie — et d'éliminer un corps étranger, une tumeur maligne ou des gommes syphilitiques. Mais l'élimination de tuberculose ne doit être faite qu'avec une *extrême prudence*, en ayant présentes à l'esprit des hémoptysies tuberculeuses larvées et les formes hémoptoïques de la tuberculose.

Les cautérisations sous bronchoscopie, précédées d'une cocaïno-adrénalisation avec une solution de nitrate d'argent 1/30 ou d'acide chromique à 1 p. 100, permettent de transformer les lésions en tissu cicatriciel.

LEROUX-ROBERT.

M. Aubry et **J. Guillaume**. ***Diagnostic de l'abcès du cerveau latent. Encéphalographie et ventriculographie*** (*Annales d'oto-laryngologie*, n° 6, Juin 1935, p. 635-642). — La ventriculographie, appliquée au diagnostic de l'abcès d'origine otique, n'a pour ainsi dire jamais été pratiquée, du moins en France. L'examen d'un cliché radiographique après injection d'air dans les ventricules permet de révéler l'existence d'un abcès, son siège, son volume, enfin sa nature otique, s'il indique une lésion pétreuse.

Toutes les fois qu'il existe le moindre doute sur la possibilité d'un abcès cérébral plus ou moins latent, l'injection d'air est indiquée.

Il existe deux variétés distinctes d'abcès du cerveau, de diagnostic difficile : l'une est vue par les otologistes, l'autre, par les neurologistes.

Dans la variété *otologique*, il existe un antécédent auriculaire très net, le malade est observé à la phase de latence, dite ambulatoire, ne présentant qu'un seul signe : la céphalée, alors que les examens du fond de l'œil, du sang, du liquide céphalo-rachidien peuvent être totalement négatifs. L'encéphalographie est seule capable de poser le diagnostic.

Dans la variété *neurologique*, l'origine otique très estompée, souvent très ancienne, est souvent méconnue. Le tableau clinique se résume à un syndrome d'hypertension intra-cranienne (stase, résultats de la ponction lombaire). L'injection d'air est d'autant plus indiquée que la maladie se présente comme une tumeur cérébrale.

Deux observations accompagnées de radio démontrent particulièrement la nécessité de cette technique.

L'air peut être injecté de deux façons : soit par ponction lombaire (encéphalographie), soit par ponction ventriculaire (ventriculographie).

L'*encéphalographie* est une méthode facile et n'a qu'un inconvénient, c'est que l'air rejeté ne peut être retiré. Il vaut mieux réserver ce repérage des ventricules au cas où l'hypertension est peu importante et ne s'accompagne pas de stase. Si l'on soupçonne un abcès cérébelleux, la ventriculographie est préférable.

Dans la *ventriculographie*, l'air injecté peut être retiré. D'ailleurs cette technique doit être considérée, plus comme un acte opératoire que comme un moyen d'exploration. Son utilité paraîtrait aussi évidente en cas d'abcès du cervelet, dans les cas de méningite séreuse, d'hydropisie ventriculaire et même dans le diagnostic parfois si délicat de vertiges labyrinthiques.

Actuellement, une *otorrhée* accompagnée d'un syndrome hypertensif, même fruste, doit conduire à une injection d'air intraventriculaire. *Une otorrhée accompagnée d'un effacement ventriculaire indique un abcès du cerveau.*

LEROUX-ROBERT.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE (Paris)

E. Frommel et **A. D. Herschberg** (Genève). ***Conceptions et recherches nouvelles sur l'étiologie et la pathogénie des hémorragies cérébrales*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. 33, n° 1, Mars 1935, p. 64-74). — La pathogénie des hémorragies cérébrales demeure très obscure. A la théorie morphologique pure, accusant l'état anatomique des artères et manifestement insuffisante, a succédé la théorie vaso-motrice qui rend responsable le spasme de l'artère, soit de la rupture des tuniques, soit de l'hémorragie capillaire, soit de la diapédèse des globules rouges. Mais cette conception se heurte à cette loi qui veut que les artères cérébrales échappent aux variations vaso-motrices violentes et jouissent d'une certaine autonomie de régulation. Aussi les réflexes vaso-moteurs somatiques ne peuvent jouer de rôle bien grand dans la pathogénie de l'hémorragie cérébrale, les réactions vaso-motrices du cerveau étant indépendantes de celles du reste de l'organisme.

A la suite de Rosenblath, F. et H. soutiennent que ces réactions vaso-motrices trouvent leur cause, non dans les modifications du système nerveux autonome, mais dans le jeu de la régulation chimique des corps issus du métabolisme. Dans cette théorie chimique, à une période de troubles chimiques primitifs de la substance nerveuse succéderait l'hémorragie cérébrale. Celle-ci ne serait plus une maladie des vaisseaux, mais serait secondaire à une affection du système nerveux lui-même.

Dans l'ignorance presque absolue où nous sommes du métabolisme de la cellule nerveuse, F. et H. doivent se borner à indiquer quelques lignes directrices, permettant de pénétrer plus avant dans la pathogénie de l'hémorragie cérébrale. Ils passent en revue les substances qui interviennent dans la régulation chimique des vaisseaux et plus particulièrement des vaisseaux cérébraux. A côté des hormones proprement dites, adrénaline, pitressine, thyroxine, élaborées par les glandes endocrines, il existe toute une série de substances issues du métabolisme cellulaire, choline et ses éthers, à action hypotensive, auxquelles sont très sensibles les vaisseaux cérébraux, histamine et histidine, qui agissent sur les parois des vaisseaux et surtout des capillaires, et spécialement au niveau de l'encéphale, produits hypotenseurs dérivés de l'acide nucléique, présents dans tous les tissus, qui se retrouvent dans les extraits cardiaques, musculaires, etc., et dont le représentant le plus important est l'acide adénosine-phosphorique, exerçant aussi une action hypotensive et vaso-dilatatrice régulatrice. Certains acides aminés provenant du métabolisme cellulaire interviendraient aussi dans cette régulation. L'acide lactique, qui se retrouve normalement dans le cerveau, semble être un vasodilatateur puissant. L'ammoniaque, constituant normal du cerveau, intervient également. Enfin, à côté des produits du métabolisme cellulaire, le pouvoir de l'organisme de fixer l'oxygène dans les tissus et l'acide carbonique jouent un rôle capital, l'acidose prédisposant à la vaso-constriction et l'alcalose à la vaso-dilatation; le jeu vasculaire se trouve ainsi intimement lié à la respiration pulmonaire et tissulaire.

Dans cette perturbation du métabolisme cellulaire, très marquée au cours de certaines affections qui touchent le foie, le rein et la respiration tissulaire, il ne s'agirait pas, comme on le pense généralement, d'une rétention simple de corps plus ou moins pathologiques, mais d'un aiguillage différent du métabolisme cellulaire, qui empêche la dégradation cellulaire de se faire normalement et libère ainsi des produits qui devraient être dégradés plus profondément. Or, tout semble prouver que la présence de substances intermédiaires du métabolisme cellulaire joue un rôle dans la régulation chimique vasculaire, et spécialement de celle du cerveau dont le métabolisme est le plus complexe et le plus hautement différencié et dont les vaisseaux, échappant en partie au tonus nerveux vasomoteur, semblent posséder à un haut degré la faculté de réagir aux excitations chimiques, soit hormonales, soit dues aux corps libérés par le métabolisme cellulaire.

L'état anatomique des artères cérébrales, qui joue sans doute un rôle capital dans la grande majorité des hémorragies cérébrales, n'est qu'une des conditions pathogéniques de l'hémorragie, qui doit trouver sa cause première dans la perturbation du métabolisme nerveux et de la régulation chimique des vaisseaux de l'encéphale. Ainsi seulement peuvent s'expliquer les multiples exceptions de la clinique qui viennent infirmer les théories classiques, tant sur le rôle des altérations anatomiques que sur celui du spasme vasculaire.

P.-L. MARIE.

E. Frommel et **A.-D. Herschberg**. ***Conceptions et recherches nouvelles sur la pathogénie des hémorragies cérébrales. Rôle de certains produits du métabolisme cellulaire sur la vascularisation cérébrale*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. 33, n° 2, Juin 1935, p. 560-586). — Dans ce second travail, F. et H. relatent les expériences qu'ils ont faites pour tenter de prouver que les substances issues du métabolisme cellulaire peuvent jouer un rôle dans l'étiologie de l'hémorragie cérébrale.

Tout d'abord, ils ont injecté dans le cerveau de cobayes diverses de ces substances chimiquement pures. Ils ont constaté que l'extrait de muscle strié à base d'acide adénosine-phosphorique, l'histamine, l'histidine, le tryptophane et certains extraits de cerveau, en particulier l'extrait de cerveau rendu hémorragique par une injection d'extrait de muscle strié, provoquent des hémorragies dans l'encéphale. Par contre, la tyrosine, la leucine et d'autres extraits de cerveau sont inactifs.

D'autre part, ils ont étudié l'action directe de ces produits sur les capillaires (membrane interdigitale et mésentère de la grenouille) *in vivo* pour s'assurer de leur action chimique locale. L'extrait de muscle strié, l'histamine, l'histidine se sont montrés des vaso-dilatateurs très actifs; le glycocolle a une faible action vaso-dilatatrice; le tryptophane, la leucine et la tyrosine n'ont pas d'action sur les capillaires et contractent les vaisseaux de moyen calibre.

Il semble donc bien que les substances intermédiaires du métabolisme cellulaire jouent un rôle dans la régulation chimique des vaisseaux, et cela spécialement au niveau du cerveau qui échappe au jeu vaso-moteur du reste du corps.

P.-L. MARIE.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE (Paris)

N. Fiessinger et **R. Messimy**. ***Le syndrome hémorragico-ascitique des cirrhoses*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. 10, n° 2, Mars-Avril 1935, p. 97-136). — F. et M. attirent l'attention sur un syndrome spécial qui survient au cours de certaines cirrhoses; il consiste en une hémorragie brutale, suivie en quelques jours de l'apparition d'une

ascite; celle-ci se développe rapidement et paraît arrêter le processus hémorragique. De toute une série d'observations minutieusement examinées, ils notent les principales caractéristiques: le caractère brusque du début, l'importance de l'hémorragie, la concomitance avec des signes d'insuffisance fonctionnelle du foie, mais sans troubles importants de la crase sanguine, le pronostic sévère de ce syndrome.

Mais les causes en sont moins simples qu'on ne pourrait le penser. Sans nier le rôle de l'hypertension portale, qui est évident le plus souvent dans la production des hémorragies, il existe probablement dans certains cas un facteur splénique, sclérose et inextensibilité de la rate. Mais ce facteur est secondaire et il semble qu'il faille insister bien davantage sur la méiopragie vasculaire, l'insuffisance de résistance des capillaires à la rupture, dépendant de l'altération parenchymateuse du foie.

De même, si la sclérose peut être invoquée à l'origine de l'ascite, la clinique et l'expérimentation montrent qu'il existe des ascites en rapport direct avec l'hépatite. L'atteinte parenchymateuse peut agir ici par l'hypoprotidémie et par la transsudation au travers des parois capillaires altérées. Il existe donc à la base de ce syndrome toute une série de facteurs, intriqués d'une façon très variable suivant les cas.

Au point de vue thérapeutique, les observations montrent la rareté des grandes splénomégalies et la fréquence de l'hépatite dégénérative, qui se termine par la grande insuffisance hépatique, c'est dire combien la splénectomie doit être envisagée avec circonspection. Elle est, en effet, indiquée dans les cas inverses, grosses rates et perturbation peu accentuée du fonctionnement hépatique. En outre, elle n'entraîne pas toujours la cessation définitive des hémorragies. Il faut donc chercher surtout une amélioration de l'anémie (thérapeutique par le foie) et celle du fonctionnement de la glande hépatique par les moyens habituels.

A. Escalier.

N. Fiessinger et Mme **F. Boyer.** ***La phosphatase plasmatique en pathologie hépatique*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. **10**, n° 2, Mars-Avril 1935, p. 137-148). — La phosphatase, ou mieux glycérophosphatase, du groupe des éthérases, a été étudiée selon la méthode de Kay, dont les auteurs donnent la description. Cette phosphatase subit une augmentation considérable au cours des ictères, comparable à celle que l'on retrouve au cours des maladies osseuses généralisées. Certains ont fait de cet accroissement une caractéristique des ictères par rétention; mais, en réalité, les ictères par hépatite, qu'ils soient bénins ou graves, présentent aussi une élévation de la phosphatasémie comme le montrent F. et B.

Au cours des cirrhoses, on peut observer une hyperphosphatasémie, mais qui ne paraît pas en rapport avec l'insuffisance hépatique.

Il est difficile d'expliquer cette augmentation de la phosphatase au cours des ictères. Elle n'est pas liée à la rétention biliaire, mais peut-être à la cytolyse des leucocytes, qui libérerait ce ferment. Toutefois les expériences tentées *in vitro* avec des leucocytes n'ont pas apporté confirmation.

Quant aux variations du phosphore minéral, on ne peut rien en conclure en ce qui concerne les affections hépatiques.

A. Escalier.

J. Steinmann. ***Des étoiles vasculaires chez les cirrhotiques*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. **10**, n° 2, Mars-Avril 1935, p. 149-161). — Les petites étoiles vasculaires, que l'on trouve au cours des affections hépatiques, et tout spécialement des cirrhoses de Hanot, ne sont pas de simples curiosités cliniques; elles sont le témoin de la lésion du capillaire et peuvent être le point de départ d'hémorragies importantes. Elles augmentent de taille et de nombre au cours de l'évolution de la cirrhose, mais peuvent régresser et même disparaître lors des rémissions. Formées de capillaires artériels dilatés, elles s'effacent à la pression, sont animées de battements, et saignent en jet. Ces caractères les distinguent des simples taches rubis; leur début tardif et leur évolution vers l'aspect angiomateux les distinguent des nævi vasculaires, qui apparaissent chez les jeunes, exempts de tares hépatiques, et qui sont angiomateux d'emblée.

Il semble que ces formations soient dues à une diminution de la résistance du capillaire, par atteinte du périthélium de soutien, et non à l'atteinte endothéliale par modifications sanguines. Le temps de saignement y est souvent normal.

S. a étudié chez les sujets porteurs d'étoiles vasculaires le fonctionnement hépatique, par l'épreuve du galactose, l'indice biliaire plasmatique et la fixation et élimination du rose bengale. Il n'y a pas de rapports constants avec les deux premières épreuves; par contre les ectasies vasculaires évoluent parallèlement avec les résultats du rose bengale, comme le montrent bien deux observations rapportées. Toutefois, S. fait de cet examen, un phénomène révélateur de l'état de l'atteinte chronique du parenchyme; il nie que l'élimination du rose bengale soit un moyen d'exploration du système réticulaire hépatique, et par là en rapport avec l'état de celui du capillaire.

Ces étoiles ne se retrouvent ni dans les affections hépatiques aiguës, ni chez les cardiaques, ni dans les splénomégalies primitives. Leur intérêt réside surtout dans les hémorragies, parfois graves, qu'elles peuvent déterminer, surtout quand elles siègent sur les muqueuses.

Peut-être elles sont le point de départ de beaucoup d'hématémèses ou autres hémorragies des hépatiques, dont l'origine reste obscure, et d'autant plus qu'on ne les retrouve pas à l'autopsie, car elles s'affaissent et se vident après la mort.

A. Escalier.

J. Okinczyc. ***Complications biliaires des ulcères gastriques et duodénaux*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. **10**, n° 3, Mai-Juin 1935, p. 177-189). — O. rapporte une observation d'ulcus térébrant duodéno-pylorique, ayant déterminé avant l'intervention une gêne à l'écoulement biliaire avec atteinte hépatique, puis, après l'intervention, une fistule biliaire et ensuite un ictère par rétention par sclérose du cholédoque. Il insiste sur ces complications des ulcères, qui peuvent être une atteinte directe du tissu pancréatique ou hépatique par l'extension du processus ulcéreux, parfois, mais rarement, une ulcération des vaisseaux du pédicule ou du cholédoque, mais plus souvent des sténoses de ces organes, par sclérose péri-ulcéreuse du pédicule, avec toutes leurs conséquences, et tout spécialement le retentissement sur le fonctionnement hépatique.

Le cholédoque peut être lésé soit directement par l'ulcère, soit au cours de la libération chirurgicale de celui-ci. On peut y remédier en évitant d'exciser le fond de l'ulcus, et en veillant attentivement au clivage du tissu scléreux péri-ulcéreux. On peut aussi utiliser certaines méthodes chirurgicales: soit en laissant en place, avec l'ulcère, une partie de la face postérieure du duodénum, dont on détruit la muqueuse, soit en pratiquant la résection exclusion, s'il s'agit d'ulcus bas situés.

Quand le cholédoque a été blessé et qu'il se produit secondairement une fistule persistante par nécrose, ou encore un ictère par sténose, il est le plus souvent impossible d'agir directement sur le canal. Il vaut mieux avoir recours à une cholécysto-duodénostomie. Les résultats de l'intervention sur l'ulcère (gastrectomie avec libération et ablation) peuvent donner une guérison parfaite de celui-ci, bien supérieure à ce que l'on obtient par la gastro-entérostomie dans ces ulcus saignants et térébrants.

Par contre, au point de vue hépatique, l'insuffisance du foie est souvent déjà importante, quand le pancréas est atteint et le pédicule sclérosé; elle ne peut être qu'améliorée, après intervention, par la dérivation du flux biliaire.

A. Escalier.

REVISTA DE OBSTETRICA, GINECOLOGIE PUERICULTURA

(Bucarest)

M. Alexiu et **C. Anghelide.** ***La vaccinothérapie des lésions annexielles pendant la grossesse*** (*Revista de obstetrica, ginecologie, puericultura*, t. **15**, n° 2, 1935, p. 150-153). — L'emploi du vaccin de Delbet constitue actuellement un moyen précieux pour localiser et stériliser un processus inflammatoire microbien. Les auteurs ont employé le propidon dans 25 cas de malades présentant des grossesses de 1 à 4 mois. Les injections de 2-5 cmc furent pratiquées tous les 3-4 jours; elles étaient suivies de réactions locales et générales classiques. Dans les premières 24 heures, on observe une exacerbation des phénomènes inflammatoires; puis la douleur diminue, l'atmosphère péri-utérine se clarifie; si l'état local le nécessite, on augmente la dose à injecter. Si violente que soit la réaction générale, l'évolution normale de la grossesse n'a jamais été interrompue. On sait que les maladies fébriles interrompent souvent la grossesse. Ce n'est donc pas l'hyperthermie, mais la toxémie qui en est la cause; car dans la vaccination de Delbet, la fièvre monte souvent à 40° et au delà. Le propidon fut appliqué dans 3 cas avec annexite aiguë, fièvre élevée et leucocytose, 12 cas de grossesse avec annexite subaiguë, 10 cas avec annexite chronique. Dans certains cas, il y avait de la périannexité, rétroversion, douglassite. La majorité des cas fut hospitalisée, les malades étant mises au repos avec de la glace. On obtint les résultats suivants: 18 cas de guérison clinique, 7 cas très améliorés, 4 cas évolués à terme avec grossesse normale, 8 cas avec curettage sans complications post-abortum.

En conclusion, dans les grossesses compliquées d'annexite, la vaccinothérapie de Delbet est indiquée; les réactions violentes du vaccin n'ont pas d'effet abortif; la vaccination stérilise les annexes de l'infection, évitant les complications pendant la grossesse, toujours plus graves vers la fin qu'au début de la gravidité.

Henri Kraurer.

M. Georgesco et **C. Aurian-Blajeni.** ***Vitiligo gravidique*** (*Revista de obstetrica, ginecologie, Puericultura*, t. **15**, n° 2, 1935, p. 162-163). — A l'état normal, la peau contient un pigment riche en soufre, du groupe des mélanines, sous forme de granulations dans les cellules basales de l'épiderme. Dans certains états physiologiques ou pathologiques, les pigments augmentent de proportion et prennent une répartition diffuse ou circonscrite: hyperchromies, mélanodermies, dyschromies, etc.

La gravidité est, à ce point de vue, une occasion où les conditions physiologiques créent une hyperpigmentation de la peau. Les hyperchromies régionales gravidiques se localisent au niveau :

1° Du front, des tempes, aux pommettes, nez; elles persistent pendant la grossesse parfois jusqu'à la ménopause ou toute la vie, et constituent le masque gravidique.

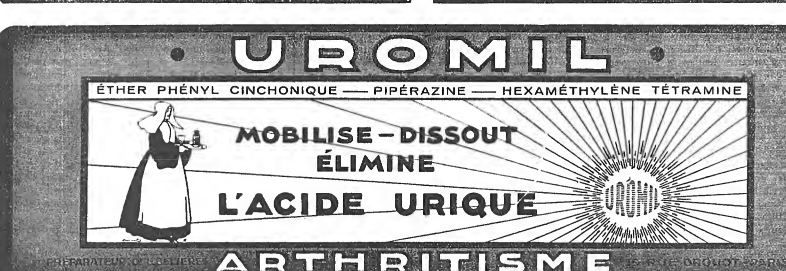
2° La pigmentation de la ligne blanche.

3° L'hyperchromie gravidique de l'aréole primaire des seins, excentrique, constituant vers le milieu de la grossesse l'aréole secondaire, réseau plus clair.

Les hyperchromies régionales peuvent prendre


DIGESTION DES FÉCULENTS, MATERNISATION DU LAIT,
NEURASTHÉNIE, RACHITISME, TUBERCULOSE
CONVALESCENCE
AMYLODIASTASE THÉPÉNIER
"PHOSPHODIASTASES" ÉMINEMMENT ASSIMILABLES DES CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
2 à 3 Comprimés après chaque repas
SIROP
2 cuillerées à café après chaque repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e




UROMIL
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HEXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
MOBILISE – DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME

une extension et couvrir des surfaces plus grandes.

Si les hyperchromies de la gravidité sont fréquentes, les dyschromies pathologiques sont rares.

Le vitiligo est une dyschromie de la peau, caractérisé par l'apparition de taches blanches achromiques ou hypochromiques entourées de zones hyperpigmentées. Le vitiligo vulvaire peut se rencontrer en dehors de la grossesse et peut être considéré comme un signe de ménopause ou de sénilité. Jayle considère le vitiligo en rapport avec les troubles endocriniens, ovariens. G. et A. citent un vitiligo, au cours d'une grossesse, du thorax et des cuisses jusqu'au genou et dans l'aisselle gauche. Les mamelons sont d'une couleur rose et non pigmentés. L'hyperchromie gravidique serait en rapport avec une excitation du sympathique, qui agirait sur l'appareil endocrin; il faut peut-être tenir compte aussi de l'autointoxication gravidique par le trouble du métabolisme des substances azotées.

Henri Krauter.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Schussler. ***Les altérations du liquide céphalo-rachidien dans le zona*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 14, 6 Avril 1935, pp. 381-386). — Sur 18 cas de zonas, S. constata 16 fois des altérations du liquide céphalo-rachidien; 2 seulement avaient un liquide normal, et encore la pression était-elle augmentée (190 et 200 mm.); dans ces 2 cas il s'agissait de zona ophtalmique.

Dans les autres cas, S. nota 15 fois une réaction de Pandy positive, 12 fois un Nonne-Apelt positif, 10 fois une réaction de Weichbrodt positive, 7 fois une réaction de Takata-Ara positive, 4 fois une réaction de Schellack positive.

6 fois le nombre des cellules était augmenté, 4 fois d'une manière considérable.

12 fois, la réaction à l'or était positive, et dans un cas, celle-ci se montra fortement positive, alors que les autres réactions étaient à peine positives; il s'agissait cliniquement d'un zona hémorragique des segments D 10-12.

S. conclut en montrant la fréquence de positivité des diverses réactions du liquide céphalo-rachidien dans le zona; il considère comme particulièrement importante la réaction à l'or qui s'est montrée positive 12 fois sur 18 cas.

R. Burnier.

Schlosser. ***Le psoriasis des muqueuses existe-t-il ?*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 14, 6 Avril 1935, p. 387-390). — La plupart des dermatologistes nient l'existence du psoriasis des muqueuses; un petit nombre admet cependant son existence et sa rareté. Hebra, Kaposi, Lang, Lesser, Hallopeau, Leredde, Darier, Neumann, Mracek, Lederman et Jadassohn déclarent n'avoir jamais observé de psoriasis vrai des muqueuses, mais considèrent son existence comme possible.

Il est en effet très difficile de distinguer cliniquement le psoriasis des muqueuses de la leucoplasie. Lissauer trouva chez 50 psoriasiques 10 fois une leucoplasie. Schwimmer nota dans 20 cas de leucoplasie 2 fois une coexistence de psoriasis. Neisser observa une leucoplasie chez une femme qui avait un psoriasis du coude.

L'histologie est également incapable de résoudre le problème.

Un des meilleurs arguments en faveur de l'existence du psoriasis des muqueuses est fourni par les cas assez nombreux où l'on a constaté la continuité des lésions psoriasiques cutanées de la *joue* avec des lésions identiques des *lèvres*.

En dehors de la muqueuse buccale, on a signalé des cas de psoriasis de la muqueuse du *larynx*.

Aux organes génitaux, on a observé des lésions de psoriasis typique sur l'*urètre*, le *vagin*, le *gland*.

Enfin, on a rapporté des cas de psoriasis des *conjonctives* et des paupières.

S. en signale un nouveau cas chez un homme de 24 ans, atteint de psoriasis limité à la tête et à la face; il existait en même temps des lésions squameuses blanchâtres sur les paupières et la conjonctive.

R. Burnier.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. E. Bock. ***Pathogénie de l'agranulocytose (type Schultz) et d'autres états leucopéniques.*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **56**, n°s 13 et 14, 30 Mars et 16 Avril 1935, p. 282-303 et 321-337). — Se basant sur l'étude de 36 cas personnels de syndromes agranulocytaires et sur les travaux publiés, B. s'est proposé de montrer l'unité de la maladie décrite par Schultz en 1922. La multiplicité des altérations d'origine microbienne ou chimico-toxique du sang qui se groupent autour du symptôme central, la neutropénie maligne, indique que l'individualité de l'agranulocytose de Schultz ne réside ni dans une intoxication banale de la moelle osseuse ni dans un simple barrage fonctionnel des organes hématopoïétiques.

On connaissait bien avant le travail de Schultz le tableau de l'intoxication chronique directe de la moelle, par exemple celle due au benzol; de même Frank avait déjà décrit des formes monosymptomatiques du type de l'agranulocytose. Avant Schultz également on avait signalé que l'envahissement massif de la moelle par des bactéries a pour conséquence une agranulocytose périphérique; expérimentalement on avait pu déterminer de la leucopénie au moyen d'injections intraveineuses massives de bactéries vivantes ou de substances dérivées des bactéries.

D'autre part, Frank a pu montrer que l'activité anormale du système réticulo-endothélial, qu'il a désignée sous le nom d'hypersplénie, est capable d'inhiber le fonctionnement de la moelle osseuse. Schittenhelm a provoqué des syndromes voisins de l'agranulocytose en surchargeant de bleu de trypan les cellules du système réticulo-endothélial.

Toutefois, pour expliquer l'individualité de l'agranulocytose, type Schultz, il faut tenir compte qu'il n'existe dans cette affection ni intoxication véritable ni envahissement massif par les bactéries ni lésions considérables du système réticulo-endothélial. Ce qui fait l'originalité de l'agranulocytose, c'est précisément l'atteinte grave de la moelle sous l'influence d'agents chimiques en général inoffensifs ou de quantités de bactéries d'ordinaire peu dangereuses.

Si l'on considère l'hypersensibilité dont font montre d'autres tissus (peau, foie) que la moelle, le fait que l'agent nocif a été administré plusieurs fois, la possibilité d'une fixation des toxiques d'origine acquise, le début fébrile et brutal ainsi que le bouleversement leucocytaire, on est forcé de regarder l'agranulocytose comme une crise anaphylactique ayant son siège dans la moelle osseuse. Son apparition, à la façon d'un phénomène d'Arthus, explique, grâce aux modifications chimico-colloïdales, aussi bien la disparition brutale des granulocytes que l'atteinte chronique de la myélopoïèse résultant de la fixation du toxique.

L'agranulocytose est une entité morbide nouvelle dont l'individualité et l'unité ne peuvent être démontrées étiologiquement, mais seulement pathogéniquement, et en tant que crise anaphylactique myéloïde.

De ce point de vue, B. commente un cas personnel d'agranulocytose survenu après usage de pyramidon; le tableau clinique et hématologique témoigne bien d'une crise anaphylactique à localisation médullaire marquant le début de l'agranulocytose.

B. tire de ces considérations pathogéniques des conclusions prophylactiques et thérapeutiques. Il est nécessaire d'élaborer un test d'allergie s'appliquant à la moelle osseuse. Il en propose un qui consiste à administrer une dose thérapeutique du médicament à éprouver et à contrôler ensuite la formule leucocytaire au bout de 2 et de 72 heures, en répétant l'épreuve. Du point de vue thérapeutique, il faut essayer de désensibiliser les malades et avoir recours aux nucléotides (nucléotide de pentose) et à la transfusion sanguine.

P.-L. Marie.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Leyland Robinson, M. Datnow et **T. Jeffcoate.** ***Le déclenchement de l'avortement et du travail par l'œstrin*** (*The british medical journal*, n° 3875, 13 Avril 1935, p. 749-754). — Les travaux récents ont montré que la lutéine (progestin) et la folliculine (œstrin) avaient une action opposée sur l'utérus. De l'équilibre de ces deux hormones résulterait le maintien de la grossesse et de la rupture en faveur de la folliculine dépendrait le début, soit de l'avortement, soit du travail.

Partant de cette conception, certains auteurs ont cru qu'il était possible grâce à de fortes doses de folliculine de vaincre l'action inhibitrice de la lutéine et de déclencher l'avortement ou le travail. De telles expériences sont couronnées de succès chez les petits rongeurs, mais elles échouent dans l'espèce humaine.

Pour R., D. et J. il est impossible de triompher de l'inhibition lutéinique par de fortes doses de folliculine, car la balance hormonale n'est pas maintenue en équilibre simplement par les quantités relatives de lutéine et de folliculine et parce qu'aussi la folliculine n'est pas directement « ocytocique ».

Leurs résultats cliniques montrent que lorsqu'on administre près du terme de grandes quantités de folliculine, on peut parfois déclencher l'accouchement prématuré, mais ce procédé échoue souvent. C'est d'ailleurs un moyen qui n'est pas à recommander lorsqu'on est dans la nécessité d'interrompre rapidement une grossesse étant donné l'intervalle incertain de 7 à 8 jours entre l'injection et le début du travail.

Cependant, dans les cas de rétention utérine ou de mort du fœtus, ce traitement est efficace dans 80 pour 100 des cas. Il a l'inconvénient de nécessiter plusieurs injections intramusculaires, mais il met à l'abri des dangers du traumatisme utérin, de l'infection et des hémorragies.

Enfin, en cas d'inertie utérine, les injections de folliculine sont d'un grand secours sans entraîner de risque spécial pour la mère et l'enfant.

André Plichet.

R. W. Fairbrother. ***Comment maîtriser les épidémies de poliomyélite ?*** (*The british medical journal*, n° 3878, 4 Mai 1935, p. 916-919). — La nature sporadique de cette maladie, en Angleterre, indique une grande dissémination d'un virus de virulence limitée. C'est ce qui explique que la majorité de la population adulte jouit d'une certaine immunité. Cependant, de petites épidémies, dans les écoles, dans les institutions sont toujours capables d'apparaître.

La première mesure qui s'impose est d'isoler non seulement les malades, mais ceux qui ont été en contact avec eux. Il faut les faire gargariser avec des agents oxydants tels que le peroxyde d'hydrogène, le permanganate de potasse.

L'immunisation active n'est pas encore au point; il faut recourir à l'immunisation passive, c'est-à-dire à l'injection de sérum antipoliomyélitique.

Au point de vue du traitement, on peut injecter du sérum de convalescent, mais à défaut de celui-ci, il faut faire du sérum antipoliomyélitique en se servant de la voie intraveineuse et intramusculaire, le plus tôt possible, à la phase d'invasion de la maladie.

André Plichet.

Percy Stocks. ***Le prolongement de la vie par les thérapeutiques modernes de l'anémie pernicieuse et du diabète*** (*The british medical Journal*, n° 3880, 18 Mai 1935, p. 1013-1018). — Depuis l'introduction des nouvelles méthodes de traitement, la moyenne de la vie des malades atteints d'anémie pernicieuse ou de diabète a été prolongée, en Angleterre, de 3 à 3 ans 1/2. Cette amélioration porte surtout sur les malades jeunes. Ces moyennes basées sur des statistiques officielles embrassent naturellement les cas qui pour des raisons variées n'ont pas reçu ou n'ont pas pu continuer le traitement spécifique. Dans le diabète, la durée de vie des cas traités a manifestement augmenté. Pour les diabètes traités, âgés de moins de 55 ans, la durée moyenne de la vie s'est allongée de 8 ans. Au-dessus de 55 ans, la mortalité n'a guère changé, mais cela tient d'une part à ce que les jeunes diabétiques atteignent maintenant cet âge en plus grand nombre et d'autre part que le diabète sénile ne semble guère influencé par l'insuline.

André Plichet.

Israëls. ***Le traitement de la leucémie lymphatique par le Lugol*** (*The british medical Journal*, n° 3880, 18 Mai 1935, p. 1021-1023). — Ce traitement, qui a déjà été appliqué par un certain nombre d'auteurs, est basé sur les points de ressemblance que certains ont cru trouver entre la maladie de Graves et la leucémie lymphatique: augmentation du métabolisme basal, amaigrissement, peau chaude et humide, sueurs, tolérance du grand froid. Friedgold, qui traita 10 cas de leucémie avec des résultats variés, ne croit pas que la leucémie lymphoïde est due à l'hyperthyroïdisme, mais il pense que, dans les deux affections, il y a hyperactivité du sympathique.

I. a traité 5 cas de leucémie lymphoïde de moyenne intensité. Certains de ses malades avaient jusqu'à 650.000 globules blancs. Dans un cas, il y eut une réduction de 29 pour 100 des cellules blanches après un traitement de 3 semaines à la dose de 2 cmc de la solution de lugol par jour. Dans le second cas, avec 4 cmc de lugol, on obtint une réduction de 26 pour 100.

Le 3e cas n'eut qu'une amélioration transitoire d'une semaine. Dans les deux autres cas, le chiffre des globules blancs ne bougea pas.

Il semble, d'autre part, que ce traitement ait activé le traitement par les rayons X que l'on a été amené à faire par la suite. A noter encore que les cas rebelles au lugol sont peu influencés par la radiothérapie.

L'iode a peu d'influence sur l'anémie qui accompagne la leucémie.

Au point de vue fonctionnel, les symptômes dont se plaignaient les malades ne furent pas atténués. Il semble que l'iode agit sur les cellules et non pas sur la cause de la leucémie. En aucune façon, ces améliorations produites par le lugol ne feront justifier la thyroïdectomie comme traitement de la leucémie lymphoïde.

André Plichet.

S. de Wesselow, Goadby et Derry. ***Amygdalites et albuminurie*** (*The british medical Journal*, n° 3881, 25 Mai 1935, p. 1065-1067). — Sur 354 cas d'amygdalite, 14,4 pour 100 ont présenté une albuminurie précoce et 6,2 pour 100 une albuminurie tardive. D'après les signes cliniques et urinaires, 10 pour 100 des cas ont eu une néphrite focale et seulement 0,8 pour 100 une glomérulonéphrite diffuse.

Il n'y a aucun rapport entre la présence du streptocoque dans la gorge des sujets et la précocité de l'albumine. Dans 15 pour 100 des cas, on trouva un streptocoque hémolytique au frottis des amygdales, 10 pour 100 seulement eurent de l'albumine.

Les variations de la température ambiante n'ont eu aucune influence sur le pourcentage des lésions rénales.

Sur ces 354 sujets, 30 se plaignirent de douleurs rhumatismales des membres inférieurs, le streptocoque ne fut pas rencontré davantage chez eux que chez les autres sujets.

En dehors de cette complication rénale, on ne rencontra que des complications locales bénignes telles que l'infiltration péritonsillaire, l'adénite cervicale et l'otite moyenne.

André Plichet.

H. Campbell Orr et J. Horton Young. ***L'acétylcholine dans l'embolie de l'artère centrale de la rétine*** (*The british medical Journal*, n° 3882, 1er Juin 1935, p. 1119-1120). — C. et Y., chez un sujet atteint d'embolie de l'artère centrale de la rétine, ont injecté sous la conjonctive de l'acétylcholine et en ont observé les effets. Ces injections furent faites une demi-heure environ après l'établissement de l'embolie.

Dix minutes après l'injection, les vaisseaux de la conjonctive et de la rétine étaient trois fois plus larges qu'à l'ordinaire. Une demi-heure après, l'exsudat blanchâtre était résorbé. Une heure après, l'embolus commençait à se déplacer vers la périphérie. Une seconde injection fit déplacer davantage l'embolus qui se fixa dans une petite branche artérielle périphérique. Dès lors, la vision centrale était sauvée. Le lendemain, les vaisseaux étaient encore dilatés. Le 4e jour, la vision était redevenue normale.

Pour C. et Y., les injections sous-conjonctivales sont le meilleur traitement de l'embolie de l'artère centrale de la rétine.

André Plichet.

J. C. Drummond, Muriel Bell et E. Palmer. ***Remarques sur l'absorption du carotène et de la vitamine A*** (*The british medical Journal*, n° 3884, 15 Juin 1935, p. 1208-1210). — Le problème de l'absorption des graisses est toujours en discussion. Il est maintenant établi que certaines substances chimiques, partageant avec les vraies graisses la propriété d'être solubles dans certains solvants, sont absorbées par l'intestin avec une aisance et une facilité jusque-là insoupçonnées. Il était intéressant d'étudier l'absorption de deux substances liposolubles qui jouent un rôle dans la nutrition: la vitamine A et le carotène.

Chez une femme atteinte d'un double chylothorax par compression tumorale du canal thoracique, D., B. et P. ont pu prélever, à intervalles réguliers, le chyle par ponction thoracique et doser les quantités de vitamine A et de carotène absorbées.

L'analyse du chyle montrait au début de l'expérience une certaine quantité de carotène provenant du régime de la malade. L'absorption par la bouche, de 100 milligr. en 7 jours de cette substance, n'augmente guère le chiffre trouvé au dosage préliminaire.

Au contraire, la vitamine A absorbée a été retrouvée presque en totalité dans le chyle.

La conclusion de ces recherches est que la vitamine A est mieux absorbée par l'intestin que le carotène. La vitamine A a été retrouvée dans la lymphe sous forme d'éther, il est possible que cette combinaison avec les acides gras ait favorisé son absorption.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

A. L. Mariott et A. Kekwick. ***Transfusion continue par goutte à goutte*** (*The Lancet*, n° 5826, 27 Avril 1935, p. 977-980). — M. et K. donnent la description d'une méthode et d'un appareil qui permet de faire d'abondantes transfusions goutte à goutte. Cet appareil est constitué par un goutte à goutte ordinaire. Le sang de donneurs universels, mélangé à du citrate de soude comme anticoagulant, est versé dans le récipient. La sédimentation des globules rouges est empêchée par un brassage continu, obtenu à l'aide d'un courant d'oxygène filtré. Une veine de l'avant-bras est sacrifiée — c'est peut-être là le défaut de cette technique —, une canule est introduite dans le bout proximal de la veine. On fait d'abord passer du sérum physiologique, puis ensuite le sang dont on règle l'écoulement.

On conçoit les services que peut rendre cette méthode dans les anémies graves et les quantités de sang que l'on peut injecter de cette façon. M. et K. ont injecté à une malade, goutte à goutte, 5 litres 1/2 de sang en 51 heures.

André Plichet.

R. Fortescue Fox. ***Bain de bras à température progressivement élevée pour le traitement de l'hypertension*** (*The Lancet*, n° 5826, 27 Avril 1935, p. 984-985). — On sait depuis longtemps que les bains chauds locaux produisent une vasodilatation qui n'affecte pas seulement la peau et les tissus sous-jacents, mais qui s'étend à la circulation générale et viscérale.

Les bains de pieds chauds peuvent être recommandés aux sujets robustes, mais pour les autres le bain de bras est préférable.

F. a fait construire un bain de bras spécial où la température, à l'aide d'une résistance électrique, monte de 1/2 degré par minute. On commence le bain à 37°8 et en 10 à 12 minutes, on l'élève progressivement à 45° et même 47°.

Après un bain de cette sorte, on rencontre souvent une diminution de la tension diastolique de 1/2 à 1 cmc 1/2 de mercure. Cette diminution peut durer de 2 à 6 heures.

Ce bain local n'a pas d'effets fâcheux. On remarque simplement un peu de rougeur du visage et une transpiration générale. Par contre, les douleurs et la dyspnée, quand elles existent, disparaissent.

Il semble que ces bains locaux soient la thérapeutique de choix pour les crises d'hypertension vasculaire avec angiospasme, pour la maladie de Raynaud, pour les engelures.

André Plichet.

M. L. Rosenheim. ***L'acide mandélique dans le traitement des infections urinaires*** (*The Lancet*, n° 5827, 4 Mai 1935, p. 1032-1037). — Le régime cétogène, introduit par Clark et Helmholtz, en 1931, dans le traitement des infections urinaires, largement expérimenté depuis cette date, s'est avéré très efficace surtout dans les cas où il n'y a pas d'obstruction urinaire. Mais il constitue un traitement difficile à suivre qui nécessite, de la part du malade, une discipline sévère.

Fuller, en 1932, a montré que le pouvoir bactéricide de ce régime était dû avant tout à l'acide β-oxybutyrique, mais celui-ci, donné en nature par la bouche, est sans effet, car il est complètement oxydé dans le trajet intestinal.

R. a recherché un acide absorbable sans danger pour l'organisme, non oxydable, se retrouvant intact dans les urines. Après différents essais, il s'est arrêté à l'acide mandélique, de la série aromatique, qui s'est révélé comme ayant un pouvoir bactéricide important.

Sur 12 malades, dont 6 femmes enceintes, traités par cette méthode, il y eut 8 cas d'amélioration ou de guérison.

Le traitement consiste en l'administration quotidienne de 12 gr. d'acide mandélique et de 8 gr. de chlorure d'ammonium.

L'acide mandélique se donne en potion, 3 gr. mélangé à 1 gr. 5 de bicarbonate de soude et du jus de citron pour aromatiser. Le traitement doit durer 3 semaines.

André Plichet.

Bernard Schlesinger, A. Signy et **W. Payne.** ***L'étiologie du rhumatisme aigu*** (*The Lancet*, n° 5828, 11 Mai 1935, p. 1090-1095). — Les recherches concernant l'agent causal du rhumatisme sont centrées maintenant sur le streptocoque hémolytique.

Il est possible de trouver des précipitines streptococciques dans le sang des rhumatisants 10 à 13 jours après le commencement de leur infection naso-pharyngée. Ces précipitines se trouvent en plus grand nombre dans les rechutes de rhumatisme et leur augmentation dans le sang doit faire craindre un retour offensif de cette affection.

Pour mettre en évidence ces précipitines, S., S. et P. se servent comme antigène de nucléo-protéines et de globulines tirées de cultures de streptocoques hémolytiques.

Ces précipitines se trouvent également dans le sang de sujets non rhumatisants atteints d'angine et apparaissent également à la même période. Il y a, à ce moment-là, défaillance de la résistance à l'infection, car il faut remarquer que toutes les complications streptococciques, otite, méningite, adénite, néphrite, qui suivent une simple angine streptococcique, débutent après une période silencieuse de 10 à 13 jours comme le rhumatisme articulaire aigu.

André Plichet.

Bernard Schlesinger, Gordon Signy et **Russell Amies.** ***L'étiologie du rhumatisme aigu. Preuves expérimentales d'un virus causal*** (*The Lancet*, n° 5829, 18 Mai 1935, p. 1145-1149). — Le culot de centrifugation, obtenu par une centrifugation extrêmement rapide (14.000 tours à la minute), d'un liquide de péricardite rhumatismale, examiné à l'ultra-microscope, contient des particules morphologiquement semblables à des éléments d'un virus.

Des corpuscules identiques ont été retrouvés dans un liquide pleural provenant d'un rhumatisant.

Des suspensions de ces corpuscules ont été agglutinées par le sérum de malades atteints de rhumatisme ou guéris de cette affection. La réaction a été négative avec le sérum de sujets normaux ou atteints d'autres maladies.

Ce virus rhumatismal a une affinité spéciale pour les endothéliums du cœur, des vaisseaux, des séreuses. Sa lésion caractéristique est un nodule submiliaire et la réaction fondamentale des tissus à son infection est une prolifération active du système réticulo-endothélial.

Ce virus rhumatismal serait donc à rapprocher de la vaccine. La plupart des virus confèrent l'immunité après une première atteinte, mais le virus herpétique reste dans les tissus de nombreuses années et reparaît quand la résistance du sujet faiblit. Ici, étant donné l'importance de l'infection streptococcique comme facteur étiologique, il faudrait admettre soit une symbiose: streptocoque et virus rhumatismal, soit un amoindrissement de la résistance au virus rhumatismal latent provoqué par l'infection streptococcique.

Enfin, il reste à démontrer, comme preuve terminale, que ces corpuscules trouvés par S. et ses collaborateurs sont capables de reproduire la maladie chez l'animal.

André Plichet.

C. M. Smith. ***Pneumonie à staphylocoques parmi des enfants d'une crèche*** (*The Lancet*, n° 5830, 25 Mai 1935, p. 1204-1207). — S. relate l'observation de 4 nouveau-nés qui moururent en deux jours d'une pneumonie à staphylocoques. 3 devinrent malades dans les 24 heures qui suivirent leur sortie de la maternité, l'autre mourut à l'hôpital même. Ces pneumonies avaient l'allure de la pneumonie lobaire franche aiguë, mais l'examen bactériologique révéla la présence du staphylocoque doré.

L'examen des sécrétions nasales des autres nourrissons montra la présence de ce microbe chez 6 d'entre eux. D'autre part, dans la quinzaine qui avait précédé cette petite épidémie, un enfant était mort d'abcès phlegmoneux, 3 mères et 1 enfant avaient eu des mastites suppurées et une quantité assez grande d'enfants avaient eu des pyodermites suivies de catarrhe léger des voies respiratoires. L'encombrement aussi avait facilité cette contagion.

Il faut dans les maternités veiller avec soin à éliminer le staphylocoque doré qui n'est plus assez considéré comme un microbe dangereux.

André Plichet.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

C. P. Waldorp et **A. G. Alvarez.** ***L'action du rouge-congo dans le traitement de l'hémophilie*** (*La Semana Medica*, t. **42**, n° 1, 3 Janvier 1935, p. 6-11). — W. et A. appliquent les propriétés anti-hémorragiques du *rouge-congo*, éprouvées dans les hémoptysies, au traitement des accidents de l'hémophilie.

On sait que l'hémophilie, maladie familiale transmise par les mâles, résulte d'une perturbation de la coagulation, par des décharges, semble-t-il, d'*anti-pro-thrombines* hépatiques.

Le temps de coagulation dépasse souvent plusieurs heures. Sa courbe, chez un hémophile, est capricieuse, en raison des décharges sanguines commandées par les conditions météorologiques.

W. et A. injectent le rouge-congo en solution à 1 pour 100, par voie intra-veineuse ou intra-musculaire, à la dose de 1 cmc par 10 kilogr.: 2 observations.

Cette thérapeutique, sans modifier sensiblement la courbe des temps de coagulation, atténue les accidents de l'hémophilie, alors que les autres méthodes à base de calcium, citrate, sérothérapie, opothérapie, demeurent inefficaces.

G. d'Heucqueville.

J. J. Puente et **H. Fiol.** ***L'extirpation chirurgicale des lésions initiales de la lèpre*** (*La Semana Medica*, t. **42**, n° 2, 10 Janvier 1935, p. 117-120). — La lèpre, au début de son évolution, se comporte comme une infection localisée, dont l'exérèse est indiquée.

L'opération se pratique au bistouri, ou mieux au bistouri diathermique, les cicatrices ne sont pas difformes.

P. et F. apportent 5 observations de sujets opérés, suivis de 1 à 8 ans après l'opération. Sur ce nombre, on n'a compté que 2 récidives, survenues après 4 mois et 3 ans respectivement.

Cette méthode prévient la dissémination du virus. Elle permet aussi de porter un pronostic par l'étude histologique de la biopsie: inflammation simple avec bacilles de Hansen, foyer inflammatoire avec cellules de Virchow, léprome confirmé, follicule tuberculoïde de centre caséifié.

G. d'Heucqueville.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES
(Louvain)

L. Blitstein. ***Influence des divers anticoagulants sur les dosages de certains éléments du sang*** (*Revue belge des Sciences Médicales*, t. **7**, n° 2, Février 1935, p. 69-156). — Après toute une série de recherches, B. conclut que certains anticoagulants, tels que l'oxalate de potassium, le citrate de sodium, le fluorure de sodium et le sulfate de zinc ne peuvent être employés pour doser les composés du plasma. Ils altèrent la membrane globulaire et donnent des erreurs importantes. L'éparine, l'hirudine et le liquoïde sont préférables. Tous trois donnent de bons résultats pour déterminer le volume globulaire, ou pour doser l'extrait sec, ou les chlorures. Pour la cholestérine, le liquoïde paraît préférable. Il est seul à utiliser pour le dosage du phosphore inorganique. L'azote non protéique doit être dosé dans le sérum ou le sang total. Pour la sérine et les globulines, il faut employer le sérum. Pour le dosage du fibrinogène, le procédé réfractométrique paraît le meilleur. Il serait à souhaiter qu'on indiquât, lors des examens, en même temps que la méthode de dosage, l'anticoagulant utilisé et la dose employée.

A. Escalier.

M. Schillings et **J. Helleputte** (Louvain). ***Le diagnostic radiologique du rein en fer à cheval*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **7**, n° 4, Avril 1935, p. 257-278). — 7 observations illustrées de belles radiographies, avec pyélographies, montrent la difficulté du diagnostic de rein en fer à cheval et les causes d'erreurs auxquelles on se heurte.

Le syndrome douloureux, trop peu caractéristique, et la palpation, ne mettent que trop rarement le clinicien sur la bonne voie; pratiquement, il faut s'adresser aux 2 grands moyens d'investigation, la radiographie simple et la pyélographie ou sa variante, la pyéloscopie.

Sur les films radiographiques on a pu mettre en évidence quelquefois un rein en fer à cheval, en se basant sur la situation verticale des deux reins formant parfois un léger angle ouvert vers le haut; le siège anormalement médian; un déplacement apparent du bord inférieur des reins par rapport à la colonne vertébrale; souvent une ptose bilatérale égale et parfois la visibilité de l'isthme.

Tous ces signes sont infidèles, aucun séparément n'est pathognomonique, sauf la visibilité de l'isthme. Cependant, ils font penser au rein en fer à cheval et incitent à pratiquer la pyélographie bilatérale révélatrice de l'anomalie.

On peut avoir des images pyélographiques très atypiques qui peuvent faire croire à l'existence d'un rein en fer à cheval, alors qu'il s'agit d'un rein ectopique ou d'un bassinet soudé.

Les deux méthodes ont leur valeur et se contrôlent l'une l'autre.

Robert Clément.

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA HABANA
(La Havane)

G. Odio de Granda. ***Traitement du diabète par des injections d'extrait testiculaire préparé sous une forme spéciale*** (*Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*, an. **14**, n° 3, 30 Mars 1935, p. 140). — O. de G. s'est attaché au problème de l'action des glandes autres que le pancréas sur la glycorégulation. Il rappelle les notions expérimentales et cliniques qui établissent l'interdépendance du pancréas et des glandes génitales ainsi que les

essais de thérapeutique orchitique ou ovarienne dans certaines formes de diabète.

O. de G. a été amené à préparer un extrait testiculaire ne contenant que la sécrétion interne de l'organe et qu'il obtient en partant du testicule d'animaux dont le cordon spermatique a été préalablement lié. Depuis trois ans il a traité de cette manière un grand nombre de diabétiques. On commence par l'injection quotidienne de 1 cmc d'extrait pendant 24 jours, en même temps que les malades sont soumis à un régime de viande et de légumes verts. La cure consiste en 3 à 4 séries espacées de quelques semaines. Cette thérapeutique est suivie, selon O. de G. qui rapporte à l'appui de sa thèse un certain nombre d'observations, d'une amélioration importante et prolongée du diabète. A. Ravina.

ARCHIVOS DE MEDICINA CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

J. A. Collazo et **A. F. Cruz.** ***L'action anti-créatinurique des extraits hépatiques dans les dystrophies musculaires*** (*Archivos de Medicina, cirugia y especialidades*, t. **38**, n° 4, 28 Février 1935, p. 125-130). — Dans la plupart des atrophies et dystrophies musculaires progressives, des myosites et myélites, on peut mettre en évidence un trouble du métabolisme de la créatine, qui se traduit par une créatinurie anormale.

C'est un vrai « *diabète créatinurique* ». La créatinurie, provoquée par l'épreuve de la créatine, comme la glycosurie alimentaire, constitue un premier signe d'intolérance.

L'intensité de l'épreuve de la créatine correspond à l'intensité du processus dystrophique.

C. et C. ont injecté un extrait hépatique chez 4 malades atteints de dystrophies musculaires, intolérants à la créatine: la créatine, absorbée comme auparavant, s'est éliminée par l'urine en quantités aussitôt plus faibles, la créatinurie spontanée s'est abaissée de moitié.

L'insuffisance phosphagénique, responsable de la créatinurie, se manifeste histologiquement par une surcharge lipoïde et une dégénérescence du tissu musculaire. Ces lésions seraient donc vraisemblablement en rapport avec une insuffisance hépatique. G. d'Heucqueville.

LA MEDICINA IBERA (Madrid)

J. A. Collazo, R. Resa et **F. Cruz.** ***L'effet hypocalcémiant et antitétanisant de l'extirpation de la zone du corpuscule carotidien*** (*La Medicina Ibera*, t. **19**, n° 899, 2 Février 1935, p. 177-179). — L'on sait que le corpuscule carotidien représente un organe sensoriel interne, en rapport avec des glomérules vasculaires de fonction endocrine vraisemblable.

C., R. et C. ont pratiqué l'extirpation de la zone du corpuscule carotidien chez 18 chiens. Ils ont observé un syndrome d'adynamie, avec hypotonie musculaire, torpeur, bradycinésie, anorexie, cachexie, tachycardie et dyspnée, évoluant vers la mort en quelques semaines.

La calcémie est augmentée. La parathyroïdectomie ne détermine plus de convulsions. A l'autopsie des animaux, on trouve une congestion intense des viscères abdominaux.

Il existe, entre le corpuscule carotidien et les parathyroïdes, des relations étroites, mais obscures, dont la nature, nerveuse ou humorale, reste encore à fixer. G. d'Heucqueville.

S. Puente Veloso. ***L'injection d'insuline, épreuve fonctionnelle gastrique*** (*La Medicina Ibera*, t. **19**, n° 905, 16 Mars 1935, p. 409-411). — L'injection d'insuline stimule, en dehors de toute action psychique, la motilité et la sécrétion gastriques. Elle détermine d'abord une excitation ortho-sympathique, puis une excitation para-sympathique, laquelle provoque la stimulation environ 30 minutes après l'injection.

P. V. applique ainsi ces faits au diagnostic: on injecte 10 à 20 unités d'insuline; on prélève le suc gastrique avant l'injection, puis 10, 20, 25, 40, 60 et 75 minutes après; on y dose l'HCl libre, combiné et total.

L'insuline est à utiliser dans le traitement de la névrose avec hypo-sécrétion.

20 observations.

G. d'Heucqueville.

LA MEDICINA CATALANA (Barcelone)

A. Novellat et **Roig.** ***Note pharmacologique sur les venins de serpents*** (*La Medicina catalana*, t. **3**, n° 17, Février 1935, p. 139-153). — Depuis 20 siècles, les Egyptiens et les Indous préparent des antidotes des venins de serpents. La « triaque » d'Andromaque a été retrouvée à la Renaissance. Depuis lors, ces études ont été reprises par les homéopathes.

Roux et Calmette préparent 4 sérums anti-venimeux efficaces respectivement contre les serpents d'Europe, d'Afrique, des tropiques, de l'Inde (et d'Egypte).

Les venins sont thermolabiles. Ils donnent la réaction du biuret. Ils renferment du zinc à un taux très élevé, 30 à 35 pour 100 des cendres. Ils agissent par l'intermédiaire des lécithines.

Ils contiennent une *hémo-toxine* et une *neuro-toxine*, qui détruisent le sang et les tissus, déterminent une anémie profonde, des paralysies, des désordres mentaux.

Le venin de cobra jouit de propriétés thérapeutiques: inhibiteur de l'orthosympathique, il réussit dans l'angine de poitrine; en outre, il détruit les noyaux cancéreux.

G. d'Heucqueville.

AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

Edward Davis, Fred Adair, Gerald Rogers, M. S. Kharasch et **Romeo Legault.** ***Un nouveau principe actif de l'ergot et ses effets sur la motricité utérine*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **29**, n° 2, Février 1935, p. 155-167). — Pour apprécier à sa valeur l'importante découverte de D., A. et leurs collaborateurs, il faut se rappeler que l'effort scientifique, depuis cinquante ans et plus, a consisté à chercher, dans la poudre d'ergot, l'alcaloïde qui en expliquerait les effets si remarquables; c'est ainsi que, tour à tour, Tanret isola l'ergotinine et Stoll l'ergotamine. Ces produits, extrêmement intéressants, ne reproduisaient pas l'action ocytocique de l'ergot ou ne la reproduisaient que partiellement. Excellents après la délivrance pour combattre une hémorragie utérine, ils étaient dangereux pendant l'accouchement parce que contracturant, et ne pouvaient être comparés à la simple poudre d'ergot des anciennes matrones. La découverte d'amines dans l'ergot, tyramine, histamine, n'avait pas fait avancer la question et beaucoup persistaient à envisager seulement les alcaloïdes et à considérer le reste comme des impuretés sans intérêt.

Moir, en 1932, signala que l'extrait aqueux de la pharmacopée britannique possédait une réelle action ocytocique et que, pourtant, il était relativement pauvre en alcaloïdes.

Se fondant sur cette donnée, D., A. et leurs collaborateurs ont employé des extraits d'ergot qu'ils ont débarrassés complètement de la fraction alcaloïdique. Ils ont pris comme test des femmes accouchées à la fin de la première semaine du post-partum et ont introduit dans l'utérus un ballon en connexion avec un appareil enregistreur. L'introduction du ballon détermine quelquefois des contractions subintrantes, d'autres fois des contractions espacées et, d'autres fois encore, pas de contraction. C'est principalement sur ce dernier groupe de femmes qu'ils ont fait leurs essais. Ils ont obtenu ainsi de belles et nettes contractions et une élévation du tonus. Le produit concentré par évaporation est actif à la dose de 3 milligr. *per os*. Il n'a pas les effets émétisants des préparations d'ergot.

Henri Vignes.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Stockes, Kulchar et **Pillsbury.** ***Action sur la peau des facteurs émotionnels et nerveux; étiologie de l'urticaire*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **31**, n° 4, Avril 1935, p. 470-499). — L'urticaire doit être considérée, non comme une entité morbide, mais comme un syndrome relevant d'étiologies complexes.

Tour à tour, on a signalé les troubles de l'équilibre acide-base, les effets de l'émotion, les troubles vaso-moteurs; on a invoqué des altérations du mécanisme vago-sympathique et de la balance calcium-potassium. Les rapports de l'asthme et de l'urticaire, l'importance des phénomènes psychiques, les expériences pratiquées sous hypnose, les relations avec des troubles gastro-intestinaux montrent bien toute la complexité du problème.

Sur 100 cas d'urticaire étudiés par S., K. et P., surtout chez des jeunes femmes, 60 pour 100 avaient une prédisposition à l'urticaire familiale ou héréditaire. Les infections cutanées sont fréquentes (50 pour 100); on note de la constipation dans 55 pour 100 des cas, des troubles hépatiques et biliaires dans 50 pour 100. On a observé également des infections focales intercurrentes et la guérison du foyer infectieux peut entraîner la guérison de l'urticaire.

Etudiés au point de vue des réactions allergiques, 64 pour 100 des cas donnèrent des réactions positives. Les manifestations allergiques, qui accompagnent le plus souvent l'urticaire, sont la fièvre des foins et la rhinite vaso-motrice.

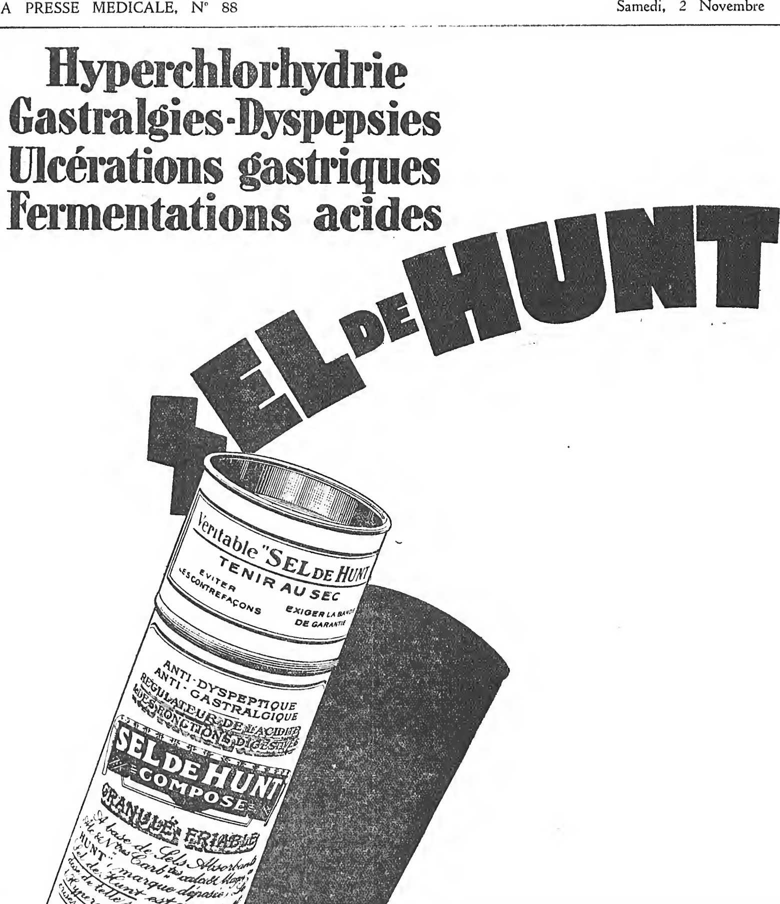
Les facteurs psychiques s'observent dans 83 p. 100 des cas d'urticaire; il s'agit soit de neurasthénie, soit de shock, soit de tracas familiaux ou financiers; les troubles sexuels interviennent moins fréquemment.

La thérapeutique employée fut l'administration de doses élevées de calcium par voie intramusculaire, intraveineuse ou buccale, l'ingestion de faibles doses d'acide chlorhydrique dilué, les diverses méthodes de désensibilisation (autohémothérapie, peptone), la psychothérapie, l'actinothérapie et occasionnellement l'administration d'atropine ou d'éphédrine.

60 pour 100 des cas furent guéris par ce traitement; 34 pour 100 furent améliorés et dans 6 pour 100 l'échec fut complet.

R. Burnier.

Lerner. ***Traitement de l'acné vulgaire*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **31**, n° 4, Avril 1935, p. 526-531). — Le régime alimentaire a toujours été à la base du traitement de l'acné. Par analogie avec la diète de Gerson dans la tuberculose, on a préconisé dans l'acné un régime sans sel, la suppression des aliments manufacturés


Hyperchlorhydrie
Gastralgies-Dyspepsies
Ulcérations gastriques
Fermentations acides
SEL DE HUNT
Veritable "SEL DE HUNT"
TENIR AU SEC
EVITER LES CONTREFAÇONS
EXIGER LA BANDE DE GARANTIE
ANTI-DYSPEPTIQUE
ANTI-GASTRALGIQUE
RÉGULATEUR DE L'ACIDITÉ
DES FONCTIONS DIGESTIVES
SEL DE HUNT
COMPOSÉ
GRANULÉ FRIABLE
Laboratoire ALPH. BRUNOT
16 Rue de Boulainvilliers _ PARIS
H. TELMON . Pharmacien-Chimiste

contenant du sel; les vitamines, les ferments, sont au contraire particulièrement recommandés.

Bommer estime que les effets nuisibles du sel de cuisine sont dus à l'action du sodium sur les parois des vaisseaux, en particulier sur celles des capillaires.

Comme il est souvent difficile de supprimer de l'alimentation le sel de cuisine, Kleining et Hopf ont essayé de contre-balancer l'effet nocif du sodium par un mélange d'ions potassium, calcium et magnésium, formant un mélange se rapprochant de la teneur en minéraux de l'eau de mer ou du sérum sanguin.

On peut employer dans les cas aigus des injections de la solution suivante: ion calcium, 0 gr. 16; potassium, 0,16; magnésium, 0,10; ion chlorure, 0,39; glycéro-phosphate, 0,03; ion bromure, 0,29; lactate, 0,42; eau distillée, 100 cmc.

Dans les cas chroniques, on conseille au malade d'avaler des tablettes contenant: ion calcium, 0,020; potassium, 0,019; magnésium, 0,013; tartrate, 0,037; lactate, 0,116; carbonate, 0,009 et phosphate, 0,004.

20 malades atteints d'acné ont été traités par cette méthode avec des résultats favorables; l'acné pustuleuse et indurée semble plus favorablement influencée que l'acné comédonienne.

R. Burnier.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

Henri K. Ransom (Ann Harbour). ***Cancer du pancréas*** (*Archives of Surgery*, vol. **30**, n° 4, Avril 1935, p. 584-606). — L'intérêt de cet article réside dans une étude statistique du cancer du corps et de la queue du pancréas; une étude basée sur 16 cas de cette affection, 12 vérifiés par opération ou autopsie. Les notions classiques sont confirmées par la statistique: l'âge moyen des sujets a été de 57 ans et il y eut 2 fois plus d'hommes que de femmes atteintes, les symptômes caractéristiques sont, comme on le sait, la douleur intense par crise en général et l'amaigrissement rapide et considérable; les cancers de ces portions du pancréas ne comportent pas d'ictère au cours de l'évolution. Dans la moitié des cas on pouvait sentir une tumeur. Le diagnostic a été constamment difficile, les recherches de laboratoire, examens des urines ou des selles ne présentent en général aucun intérêt pour le diagnostic. Inversement, de bonnes radiographies ont pu faire prévoir le diagnostic dans 1/4 des cas en montrant des déformations du duodénum qui est déformé, coudé ou élargi, mais dans la moyenne le diagnostic est resté très difficile, surtout avec le cancer du côlon. La durée moyenne de survie après opération fut d'un peu plus de 4 mois.

Enfin, R. rapporte différents modes opératoires qui ont été envisagés au point de vue palliatif mais qui tous ont été rapidement insuffisants.

F. d'Allaines.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE
(Florence)

Tronconi. ***Etude de la névroglie chez l'homme*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*. Vol. **45**, Fasc. 2, Mars-Avril 1935, p. 223-396). — Ce travail apporte une contribution intéressante à l'étude de la névroglie humaine.

T. commence par une étude systématique de la gliotectonie dans l'écorce du néopallium, et il recherche comment se comportent les 3 principales variétés de tissu interstitiel dans les 5 champs de l'écorce suivant la division d'Economo. Cette étude montre que la microglie, l'oligoglie et l'astroglie sont réparties de façon diffuse dans toute la surface du cortex, avec toutefois quelques différences entre les diverses couches et les régions différentes. Néanmoins, ces différences ne permettent pas de distinguer microscopiquement un champ du cortex par l'étude stratigraphique isolée du tissu glial.

Dans la seconde partie, T. étudie les modifications courantes de la névroglie dans les états pathologiques laissant indemnes le système nerveux. Celles-ci montrent quelle prudence il faut apporter pour affirmer le caractère morbide des modifications du tissu interstitiel.

Des modifications notables des cellules névrogliques du type progressif ou régressif sont loin d'être rares dans le cerveau humain.

Une augmentation de volume des cellules de la microglie avec raréfaction des prolongements, netteté imparfaite du corps cellulaire, et autres signes de souffrance de la cellule, ne sauraient être invoqués comme le témoin d'une lésion directe du système nerveux. Il en est de même pour l'augmentation aiguë du volume des cellules de l'oligoglie et de la clasmatodendrose ou de la transformation fibreuse des cellules de l'astroglie.

L'augmentation numérique des cellules de la névroglie avec richesse apparente de leurs prolongements se rencontre également en dehors de toute lésion directe des centres nerveux. Sous le nom de « fanérose gliale », T. désigne la variabilité d'imprégnation et de coloration de la névroglie suivant les cas, sans doute en rapport avec une modification du type progressif de la glie.

Après avoir examiné les variations de la gliotectonie, T. montre qu'il serait prématuré d'établir un rapport entre les modifications de la stratification gliale et la distribution des vaisseaux sanguins.

Cet important travail est doté d'une riche iconographie et d'une abondante bibliographie.

H. Schaeffer.

Italo Rizzi. ***Sur un cas rare de ramollissement ischémique de la moelle spinale de nature parasitaire. Contribution à l'étude de la myélite dégénérative*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*. Vol. **45**. Fasc. 2, Mars-Avril 1935, p. 397-423). — La distinction entre les affections inflammatoires et dégénératives de la moelle est souvent très difficile. Cliniquement elle est, dans la majorité des cas, impossible. Histologiquement elle est même délicate, car on peut observer au cours du ramollissement, par exemple, des lésions réactionnelles qui simulent à s'y méprendre les altérations inflammatoires.

R. rapporte un cas jusqu'ici unique de ramollissement ischémique aigu de la moelle spinale provoqué par l'occlusion embolique d'une grosse artère médullaire par un échinocoque.

Histologiquement ce cas ne présente rien de spécial. Il n'y a pas de lésion exsudative ou proliférative particulière qui permette de soupçonner une action toxique d'origine parasitaire, hormis pourtant les lésions d'endartérite localisée dans la région où siégeait le parasite. L'intérêt dû au mode d'infection spinale ne se retrouve que dans un cas de myélite lombaire transverse comparable dû au « schistosoma mansani » rapporté par Muller et Stender.

La présence dans la moelle de « cisticercus cellulose », comme dans le cas présent, est assez rare. Verga en 1916 en réunissait 20 cas. Actuellement on peut en réunir en tout 190 cas.

Benhamou et Gaïnard distinguent les cas suivant le siège des lésions qui peut être médullaire, sous-arachnoïdien et vertébral, intrarachidien et périrachidien, rachidien et périrachidien.

Dans le cas de R. les lésions avaient un siège médullaire, sous-arachnoïdien et épidural. Le syndrome clinique, anesthésie, paralysie flasque et incontinence, est dû à l'augmentation de volume progressive et lente du kyste. Le parasite arrivé par la voie portale a traversé le foie, le poumon, et est arrivé, par la grande circulation, à la moelle, sans avoir présenté aucune localisation échinococcique autre que la localisation médullaire.

H. Schaeffer.

Paolo Manunga. ***L'œdème pulmonaire d'origine nerveuse*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*. Vol. **45**, fasc. 2, Mars-Avril 1935, p. 429-464). — L'œdème pulmonaire d'origine nerveuse a un intérêt à la fois clinique, pathogénique et médico-légal. L'œdème pulmonaire aigu peut reconnaître des causes diverses, cardiaques, vasculaires, réflexes, rénales, hypertensives, toxiques ou toxi-infectieuses. Dans tous ces cas, un élément nerveux intervient certainement dans le déclenchement de la crise. Mais quand toutes ces causes sont absentes, il s'agit d'un œdème pulmonaire purement nerveux. On peut l'observer : 1° au cours des maladies de l'encéphale : encéphalite, encéphalo-myélite, hémorragies cérébrales ou cérébro-méningées, tumeur cérébrale, épilepsie; 2° dans les affections médullaires : myélite, poliomyélite, hématomyélie, tabes; 3° dans les affections du système nerveux végétatif, et les états dysneurotoniques; 4° après les traumatismes graves du névraxe : contusions et fractures du crâne, les blessures par armes à feu, après les fractures du rachis avec compression médullaire, à la suite des interventions chirurgicales sur le cerveau et la moelle.

Envisageant ensuite le mécanisme pathogénique de ces accidents, M. distingue un œdème pulmonaire nerveux d'origine réflexe et un d'origine directement centrale. Dans ce dernier cas en particulier l'impulsion peut être due à une destruction des centres mais elle est plus vraisemblablement la conséquence d'une excitation des centres nerveux végétatifs disséminés le long de l'axe cérébro-spinal.

L'œdème pulmonaire aigu peut avoir un intérêt médico-légal, mais seulement dans les cas où il revêt le type de l'œdème aigu franc.

Pour terminer, M. fait remarquer que l'on pourra, en dehors du traitement classique symptomatique de l'œdème aigu, être appelé à pratiquer une thérapeutique particulière dans certains cas, telle qu'une décompression céphalo-rachidienne soit par une simple ponction lombaire, soit par une trépanation occipito-atloïdienne.

H. Schaeffer.

Hans Hahndel. ***L'influence du lobe antérieur de l'hypophyse sur le métabolisme des hydrates de carbone de l'homme*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*. Vol. **45**, fasc. 2, Mars-Avril 1935, p. 464 à 470). — L'injection du liquide céphalo-rachidien de chien auquel une injection antérieure de lobe antérieur d'hypophyse a été faite a une action hyperglycémiante sur le lapin. Cette substance hyperglycémiante est la même que l'hormone contre-insulaire, et elle a d'ailleurs une action opposée à celle de l'insuline. Elle est chimiquement et biologiquement séparable de toutes les autres hormones pré-hypophysaires. Cette hormone n'a d'action que quand la surrénale est intacte. Elle agit par son intermédiaire, au moyen des centres régulateurs des hydrates de carbone. Les faits signalés chez l'animal sont vrais également chez l'homme.

Par contre, le liquide céphalo-rachidien de sujets traités par l'insuline a un pouvoir nettement hypoglycémiant. Ainsi donc l'hormone contre-insulaire est déversée directement de l'hypophyse dans le liquide céphalo-rachidien, elle agit directement sur le système nerveux central, sur les centres régulateurs de l'activité de la médullo-surrénale. Et l'équilibre entre la sécrétion de l'adrénaline et de l'insuline est indispensable au métabolisme normal des hydrates de carbone.

H. Schaeffer.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
(Marseille)

H. Roger et **J. Alliez.** ***Localisations médiastinales de la neurogliomatose de Recklinghausen*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. **4**, n° 6, p. 265-274). — Chez un homme de 29 ans, un examen complet à l'occasion d'un traumatisme montre une énorme tumeur occupant les 2/3 supérieurs du médiastin antérieur et postérieur, ayant subluxé la clavicule. L'aspect radiologique ferait penser à une formation kystique ou néoplasique, mais ce malade présentait, au niveau de la nuque, une tumeur mollasse du volume d'une noix et, disséminés sur la peau, de petits nodules de la grosseur d'une lentille; il avait en outre 3 petits molluscums et de nombreuses taches café au lait imposant le diagnostic de neurofibromatose de Recklinghausen.

R. et A. rapportent au même processus anatomique la tumeur du médiastin et leur diagnostic paraît confirmé par l'évolution, car 3 ans après, sans intervention, le malade ne présentait pas de signes de compression plus graves.

Les tumeurs intra-thoraciques de la maladie de Recklinghausen peuvent se présenter suivant plusieurs types. Elles se développent parfois aux dépens des nerfs intercostaux et peuvent être considérées comme des tumeurs de la paroi.

Il s'agit d'adultes généralement jeunes. Le début clinique est imprécis et l'évolution lente. Quelques signes attirent l'attention sur la région thoracique: algie, toux, dyspnée; parfois un épisode grippal réveille ces symptômes et conduit à pratiquer une radiographie qui fixe le diagnostic. Les signes de compression médiastinale sont rares; on a cependant noté la compression trachéale avec tirage modéré, la sténose œsophagienne et la dilatation veineuse en pèlerine.

On a signalé aussi des signes fonctionnels aberrants, surtout des algies. Les signes de compression médullaire sont dus à la coexistence d'une tumeur intra-rachidienne ou à une tumeur en « bouton de chemise », érodant les vertèbres thoraciques.

Le syndrome de Claude Bernard-Horner peut être réalisé par une atteinte du sympathique cervical, etc...

Les interventions chirurgicales n'ont pas donné de grands succès, cependant l'extirpation de ces énormes masses est plus aisée qu'on ne le croirait. La radiothérapie peut aussi être employée. Mais il s'agit de tumeurs bénignes à évolution essentiellement chronique.

Robert Clément.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD
(Lille)

E. Delannoy. ***L'ulcère simple du cæco-côlon*** (*L'écho médical du Nord*, t. **3**, n° 24, 16 Juin 1935, p 901-908). — Une femme de 32 ans, ayant eu deux jours auparavant 3 selles diarrhéiques, fut prise brusquement d'une douleur violente à caractère lancinant localisée dans le flanc droit et irradiant vers la cuisse et l'hypocondre. Le diagnostic d'appendicite rétro-cæcale ayant été fait, on se trouva en présence d'un cæcum congestionné à parois épaisses et denses, présentant sur sa face postérieure une petite masse indurée du volume d'un 1/2 œuf de poule. Après une colectomie droite et anastomose iléo-transverse latéro-latérale, les suites opératoires furent bonnes.

L'examen de la pièce anatomique montre, sur la face postérieure du côlon ascendant, une ulcération unique, à l'emporte-pièce, ovalaire à grand axe transversal, de 6 mm. sur 4, reposant sur une callosité constituée par un épaississement considérable de la muqueuse et de la celluleuse.

On connaît 81 cas d'ulcères simples du gros intestin, dont 27 au cæcum et 16 sur le côlon ascendant.

On distingue en général l'ulcère chronique et l'ulcère aigu perforant. Il faut ajouter une troisième forme clinique, celle de l'observation rapportée: la forme aiguë non perforante simulant l'appendicite aiguë. D'autres observations en sont connues.

L'excision simple suivie de suture est le procédé le plus rapide et le moins dangereux, mais il faut être certain que la lésion est bénigne et unique, et il faut qu'elle siège sur une portion colique pourvue de péritoine permettant une suture à 2 plans correcte et sûre. Lorsqu'il y a doute ou lorsque l'ulcère siège sur la face postérieure du côlon ascendant, la résection iléo-cæcale est plus sûre.

Robert Clément.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

L. Manginelli (Rome). ***L'histidine dans la thérapeutique gastrique. Résultats et mécanisme d'action*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **25**, n° 5, Mai 1935, p. 460-484). — M. à la suite des expériences de Mann et Williamson, puis de Weiss et Aron, a expérimenté l'histidine chez l'homme, et ce sont les conclusions de 51 observations qu'il nous apporte dans son travail.

Dans les *ulcères gastro-duodénaux*, l'histidine a un effet analgésique rapide et intense; en même temps les vomissements disparaissent, la tolérance pour les aliments augmente. Il n'y a pas de variations appréciables du chimisme gastrique. L'amélioration se révèle même à l'examen radiologique. Les sténoses compensées subissent la même amélioration fonctionnelle.

Dans les *gastrites*, les résultats sont moins prompts et moins constants.

Dans les *névroses gastriques* l'histidine agit comme analgésique et rétablit l'équilibre du système végétatif.

Dans les *cholécystites*, même atténuation de la symptomatologie douloureuse.

Dans les *tumeurs malignes*, les résultats ont été nuls. Dans d'autres affections, les colites, par exemple, l'action n'est pas encourageante; dans les syndromes douloureux réflexes de l'appendicite chronique, de la néphroptose, les effets sont bons en général.

Il semble donc que l'histidine exerce sur plusieurs syndromes douloureux une intense action analgésique, due à son spécial tropisme nerveux.

Dans les ulcères gastro-duodénaux, elle exerce encore une action curative spécifique, servant en même temps de matériel spécifique de reconstruction et de correcteur alcalin du chimisme cellulaire vicié.

J. Okinczyc.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

A. Gabriélidès. ***Contribution à l'étude des cataractes électriques*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. **52**, n° 6, Juin 1935, p. 394-409). — L'article rapporte d'abord l'observation d'un sujet électrocuté par un courant de 5.500 volts chez qui apparut une cataracte bilatérale avec gros épaississement du centre de la capsule antérieure 11 mois après l'accident. L'examen des cas du même genre signalés dans la littérature ophtalmologique montre qu'il faut distinguer la cataracte par électrocution et la cataracte par fulguration. La dernière survient assez peu de temps après l'accident, la première plus tardivement. La cataracte ne se produit pas quand le courant éclate entre deux points plus ou moins rapprochés de l'individu, mais seulement quand le corps est traversé par le courant. L'évolution est variable et le traitement essentiellement chirurgical.

A. Cantonnet.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

G. Marion. ***De l'atonie prostatique*** (*Journal d'Urologie*, t. **39**, n° 5, Mai 1935, p. 401-407). — M. décrit sous le nom d'*atonie prostatique* une curieuse affection que l'on observe chez des malades déprimés psychiquement et dont voici les symptômes.

Le malade, un anxieux, se plaint de douleurs périnéales, péniennes, scrotales et sacro-lombaires: il s'émeut fortement en remarquant qu'il évacue, en allant à la selle, du liquide prostatique qu'il prend pour du sperme. Il urine faiblement et mal, soit comme un prostatique, soit comme un rétréci. Il se plaint d'une impuissance sexuelle dont le degré est d'ailleurs variable.

On ne voit nul écoulement par l'urètre; le canal est large; la vessie se vide souvent mal; elle a perdu sa force de contraction habituelle. Les lobes prostatiques sont gros et mous: ils atteignent chacun le volume d'un petit œuf de poule; leur consistance est parfaitement régulière; la pression en fait sortir un liquide blanchâtre non purulent. L'urétrographie montre une image urétrale normale.

Le pronostic de cette maladie est bénin, si on veut bien consentir à ne pas traiter ces malades comme des infectés de la prostate.

Le diagnostic est fort simple: la *prostatite* donne un écoulement suppuré et des zones prostatiques dures au toucher rectal. Certains *adénomes* donnent la même sensation au toucher: mais ils se rencontrent chez des malades âgés, qui souffrent plus de dysurie que de douleurs; l'atonie prostatique est, par contre, une maladie de sujets assez jeunes.

Le traitement consiste à remonter le moral des malades, à leur donner, mais par la bouche, des analgésiques, à stimuler, par une solide alimentation et une médication reconstituante, leur état général.

Tout traitement local est contre-indiqué: il augmente la dépression nerveuse du malade. Les rapports sexuels sont permis dès qu'ils sont redevenus possibles. En quelques semaines le malade guérit.

G. Wolfromm.

LE SANG
(Paris)

P. Emile-Weil, Isch-Wall et **S. Perlès.** ***La ponction de la rate dans la myélomatose*** (*Le Sang*, t. **9**, n° 5, 1935, p. 467-483). — La ponction de la rate, et les splénogrammes que l'on peut ainsi obtenir, permettent d'étudier et de classer les leucémies myéloïdes, comme le montre une série d'observations, où sont comparés les hémogrammes et les splénogrammes. On peut ainsi retrouver dans les myélomatoses différents aspects identifiés par l'image de frottis splénique et, de même que dans les lymphomatoses, reconnaître des formes leucémiques, subleucémiques et aleucémiques. Le splénogramme donne toujours des aspects cellulaires plus jeunes que ceux rencontrés dans le sang. Il permet d'établir un pronostic, précisément par le nombre des cellules souches, et la ponction de la rate au cours de l'évolution de ces leucémies peut permettre d'étudier les progrès de l'affection, les effets de la thérapeutique. Dans les formes subleucémiques, à côté d'hémogrammes montrant quelques myélocytes avec un nombre subnormal de globules blancs, on peut trouver des cas dans lesquels le sang ne présente que des polynucléaires, et c'est le splénogramme qui révèle la myélomatose. Il peut s'agir d'ailleurs de simples stades évolutifs au cours d'une leucémie (stade de début, d'amélioration ou de rechute. Les aspects de myélomatose aleucémique ne se sont encore rencontrés qu'au cours de leucémies traitées. Ici le sang est presque normal, avec parfois leucopénie, mais la rate montre l'existence de la réaction myéloïde. Il faut donc insister sur l'importance de la multiplication des formes jeunes dans le frottis splénique; elle annonce la leucémie aiguë et doit entraîner l'arrêt de la thérapeutique radiothérapique.

A. Escalier.

Schwedsky et **Braitzef.** ***Sur la pathogénie des thromboses consécutives à la splénectomie*** (*Le Sang*, t. **9**, n° 5, 1935, p. 500 à 509). — S. et B. ont étudié sur des chiens splénectomisés les variations sanguines pouvant favoriser l'organisation des thromboses: hémoglobine, érythrocytes, thrombocytes, fibrinogène, coagulabilité du sang, rétraction du caillot. Les modifications retrouvées après la splénectomie ont été les suivantes: au début, augmentation du taux de l'hémoglobine, du nombre des érythrocytes, des thrombocytes, de la quantité du fibrinogène, qui sont maximum entre le 2e et le 12e jour. Ensuite abaissement progressif sauf pour le fibrinogène et les thrombocytes qui se maintiennent assez élevés. La rétraction du caillot est augmentée. Le temps de coagulation, d'abord raccourci, s'allonge par la suite. Les modifications sanguines tendent à l'augmentation du nombre des éléments, à celle du fibrinogène et au renforcement du caillot; elles ne peuvent donc que favoriser d'une façon importante la thrombose postopératoire.

A. Escalier.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Tellier et **Beyssac.** ***Les algies faciales et la pratique stomatologique*** (*Revue de Stomatologie*, **37**e année, n° 5, Mai 1935, p. 328 à 340). — T. et B. donnent 6 observations suggestives pour montrer que les algies faciales, exception faite du tic douloureux, sont souvent d'origine dentaire. Ils énumèrent toutes les causes dentaires, péri- et paradentaires. Ils soulignent la fréquence et la difficulté des cas avec symptomatologie dentaire effacée: pulpites chroniques, granulomes, dents incluses, etc., ce qui implique comme règle, en cas de névralgies faciales à étiologie obscure, de pratiquer un examen dentaire très minutieux et au besoin de le répéter, afin d'arriver au diagnostic exact et d'apporter une thérapeutique appropriée qui procurera un soulagement immédiat au patient.

C. Ruppe.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

Ed. Frommel, A.-D. Herschberg et **A. Trottet** (Genève). ***Tuberculine et thyroïde. Etude expérimentale. Déductions thérapeutiques*** (*Revue de la tuberculose*, 5e série, t. **1**, n° 4, Avril 1935, p. 399-413). — Le problème de la participation thyroïdienne dans la symptomatologie de la tuberculose est un des plus anciens de la clinique. D'où l'intérêt des recherches expérimentales poursuivies et relatées par F., H. et T., et qui les amènent à formuler les conclusions suivantes :

La tuberculine influence la trophicité du têtard: le têtard élevé dans une solution de tuberculine grossit, se boursoufle et reste clair. La tuberculine hâte la métamorphose du têtard comme la thyroxine, mais à un degré infiniment moins prononcé.

Le cobaye injecté de tuberculine réagit par de la tachycardie: cette tachycardie ne se produit pas chez l'animal dont les deux lobes thyroïdiens ont été enlevés. L'injection journalière de tuberculine chez l'animal intact épuise son action tachycardique généralement au troisième jour, comme par épuisement de la réponse thyroïdienne. Les coupes histologiques de la thyroïde ne montrent pas de modification de la structure glandulaire ni au moment de cet épuisement, ni au moment de la tachycardie.

L'injection de tuberculine semble être une épreuve thyroïdienne chez le tuberculeux.

La pathogénie thyroïdienne de certains symptômes de la bacillose est celle qui rend le mieux compte de la réalité des faits cliniques et comporte une thérapeutique propre.

L. Rivet.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

F. Hoff. ***Equilibre hydrique et équilibre acidobasique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 19, 10 Mai 1935, p. 741-744 et n° 20, 17 Mai 1935, p. 789-791). — Les troubles de l'équilibre hydrique sont extrêmement accentués chez les diabétiques et la variation de la teneur en eau de l'organisme au cours des diabètes graves et lors de la thérapeutique insulinique fait que ces sujets se prêtent particulièrement à l'étude du métabolisme de l'eau.

Chez les diabétiques graves on observe souvent une déshydratation accentuée tandis que le traitement par l'insuline peut provoquer au contraire des œdèmes importants : la déshydratation paraît consécutive à de l'acidose, la rétention hydrique succéderait à une modification de l'équilibre acidobasique dans le sens de l'alcalose. L'influence de l'insuline serait alors explicable par son action sur cet équilibre acido-basique. Outre les modifications hydriques et acido-basiques se produisent des variations caractéristiques de la teneur des humeurs en sels minéraux. L'œdème diabétique constitue une compensation excessive des éliminations aqueuses exagérées qui avaient provoqué un certain degré de déshydratation; la rétention d'eau est un signe favorable, témoin de la disparition de l'acidose. Même en dehors du diabète l'acidose favorise la déshydratation et l'alcalose provoque une rétention d'eau; c'est ainsi que s'expliquent les œdèmes par alcalose et l'action diurétique des médications acidifiantes.

G. Dreyfus-Sée.

C. Ernst. ***Considérations sur les œdèmes localisés*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 19, 10 Mai 1935, p. 745-747). — Ces œdèmes locaux sont plus ou moins accentués et tous les intermédiaires existent entre eux et les œdèmes diffus.

L'étude des malades décèle d'autres symptômes appartenant à la diathèse vaso-neurotique. En particulier, l'œdème local de la lèvre inférieure est fréquent et E. l'a observé chez certains hypertendus qui se rapprochent par là du groupe des vasoneurotiques.

L'étude systématique des diverses régions cutanées et muqueuses montre dans nombre de cas dans ce groupe de sujets une infiltration cutanée qui peut être considérée comme un œdème local.

Les vaso-neurotiques, comme les hypertendus, paraissent par conséquent avoir une tendance à faire des œdèmes locaux cutanés ou muqueux. Ces malades présentent, plus rapidement que les sujets sains, des modifications de l'expression du visage, avec aspect fatigué, altération et affaissement des traits, alternant avec une congestion de la face.

La diathèse vaso-neurotique n'est donc pas caractérisée uniquement par des anomalies vasculaires. Elle détermine des troubles humoraux et tissulaires et il est même possible qu'elle constitue une prédisposition à certaines affections : ulcères gastriques, hypertension, syndrome de Raynaud, colite ulcéreuse, asthme, cystite, glaucome, vertige de Ménière, etc.

G. Dreyfus-Sée.

Wiechmann. ***Elimination des sels minéraux par l'estomac des diabétiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 19, 10 Mai 1935, p. 749). — W. a étudié 124 diabétiques par la méthode des prélèvements gastriques fractionnés, après absorption d'alcool. Lors d'achlorhydrie une injection d'histamine était pratiquée. Nombre de malades n'avaient pas été traités antérieurement par l'insuline ou le traitement n'avait été institué que depuis peu de temps.

Ces recherches peuvent avoir des conséquences pratiques. L'hyperglycémie provoquée est, en effet, plus élevée chez les sujets présentant une hypo- ou une anachlorhydrie que chez ceux qui ont un suc gastrique normal ou hyperacide.

La recherche systématique de l'acidité gastrique permettrait donc de diminuer les doses utiles d'insuline en y adjoignant, si besoin, une thérapeutique substitutive chlorhydropeptique.

G. Dreyfus-Sée.

H. Hoff et **L. Schonbauer.** ***L'œdème cérébral post-opératoire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 20, 17 Mai 1935, p. 786-789). — L'œdème cérébral est l'une des manifestations les plus dangereuses consécutives aux interventions sur les tumeurs cérébrales; il importe donc d'en rechercher les causes afin d'essayer de le prévenir.

L'une des causes essentielles de l'œdème cérébral dans les tumeurs intra-craniennes est, selon H. et S., l'irradiation préparatoire à l'intervention. On a prétendu fréquemment que la radiothérapie faisait disparaître souvent les signes de compression intracranienne et on a pensé qu'elle agissait en inhibant la sécrétion des plexus choroïdiens.

H. et S. ont étudié 700 cas de tumeurs cérébrales. La gravité et les risques de l'intervention font que la plupart des malades tentent de l'éviter par un traitement radiothérapique. C'est ainsi que celui-ci avait été essayé dans 110 cas avec les résultats suivants : 95 fois, aucun effet — 10 cas, aggravation — 3 cas, mort subite — 2 cas, amélioration mais opération demeurée utile et pratiquée un an après.

Il existe, cependant, des affections s'accompagnant de stase papillaire qui peuvent être améliorables par radiothérapie. 4 malades répondant à

ces cas n'étaient en réalité pas atteints de tumeur cérébrale. Kestenbaum a d'ailleurs montré que ces formes répondaient le plus souvent à des encéphalites.

Ces diverses observations permettent de considérer que l'irradiation des tumeurs cérébrales avec crâne fermé est absolument contre-indiquée parce que inefficace et dangereuse. En outre cette thérapeutique rend plus compliquée l'intervention opératoire.

Par contre, après l'intervention, dans quelques cas bien étudiés histologiquement et, en particulier, s'il s'agissait de médullo-blastome et parfois de gliome, le traitement radiothérapique sur le crâne ouvert peut être indiqué.

G. Dreyfus-Sée.

Gudzent. ***Etude et traitement du rhumatisme et de la goutte à l'aide d'allergènes spécifiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 23, 7 Juin 1935, p. 901-906). — Chez un goutteux observé par G. l'absorption de lait provoquait des crises aiguës alors que la viande était bien tolérée.

Ce ne serait donc pas l'acide urique qui constituerait l'agent déterminant pathogène, mais le poison goutteux que G. désigne sous le nom d'allergène goutteux.

Des rhumatisants peuvent également présenter une sensibilisation spécifique vis-à-vis du lait, du poisson, etc. Chez de tels sujets l'épreuve des tests cutanés a pu montrer la formation de papules nettes et la suppression des aliments incriminés a amélioré l'état des malades.

Les résultats des épreuves cliniques et expérimentales permettent de considérer les processus rhumatismaux au niveau des articulations, des muscles, des nerfs et de l'appareil circulatoire chez les rhumatisants chroniques et aigus comme les réactions hyperergiques provoquées par des albumines étrangères vis-à-vis desquelles le malade est sensibilisé.

La recherche systématique au moyen de tests cutanés des substances sensibilisatrices est donc indispensable. G. l'a poursuivie à l'aide de produits d'origine alimentaire et microbienne. Sur 300 rhumatisants il a obtenu 279 réactions positives : 34 pour 100 vis-à-vis des albumines de céréales; 29,7 pour 100 vis-à-vis des albumines de viandes ou de poissons; 16,7 pour 100 vis-à-vis d'albumines de légumes; 9 pour 100 vis-à-vis d'albumines microbiennes; 7,6 pour 100 vis-à-vis d'albumine de lait ou de volaille; 2 pour 100 vis-à-vis d'albumines de champignons.

Sur 71 sujets normaux les réactions positives ne furent obtenues que dans 8 cas (11 pour 100).

Les goutteux, examinés en relativemnt petit nombre (8 cas), avaient tous des réactions positives (1 viande et poisson, 3 poissons, 4 céréales).

Des essais de désensibilisation sont en cours et ont déjà fourni des résultats intéressants.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

Hildebrand. ***Rétention glycogénique et hypophyse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 18, 2 Mai 1935, p. 694-697). — Expérimentalement, Thompson et Cushing, à la suite d'injections d'hormone hypophysaire gonadotrope chez le fox-terrier, ont déterminé une rétention glycogénique dans le foie et la musculature. En se basant sur ces constatations, H. a étudié 10 cas cliniques de rétentions glycogéniques pathologiques; cette affection avait été diagnostiquée dans 3 cas par les éléments cliniques, 3 autres cas avaient été vérifiés par laparotomie exploratrice et enfin 4 cas ont été vérifiés par autopsie. Chez ces malades, les recherches ont porté surtout sur le fonctionnement glandulaire et essentiellement hypophysaire. Cliniquement, l'hypo-fonctionnement hypophysaire était démontré par l'obésité de type spécial, des troubles de la croissance du squelette, parfois le syndrome adiposo-génital typique, dans certains cas un facies vieillot. Des relations nettes entre l'hypophyse et des troubles de la glycogénolyse apparaissent dans tous ces cas. En se basant sur ces observations, la maladie caractérisée par une rétention glycogénique apparaît bien liée à un trouble dominant de la fonction hypophysaire. On peut se demander si les altérations des échanges hydrocarbonés qu'on observe habituellement dans l'hypopituitarisme s'accompagnent de retard de la glycogénolyse. Les recherches anatomo-pathologiques chez les sujets décédés à la suite de rétention glycogénique n'ont montré aucune lésion de l'hypophyse.

G. Dreyfus-Sée.

Schulten. ***Contribution clinique à l'étude de l'anémie hypochrome essentielle*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 18, 2 Mai 1935, p 697-699). — Cette affection serait relativement fréquente, mais passe souvent inaperçue, car ses signes sont très atténués. Les éléments essentiels étiologiques sont la prédominance féminine et l'âge habituel des malades: 40 à 50 ans. L'examen montre une diminution notable de l'index colorimétrique sanguin ainsi que des troubles du chimisme gastrique plus ou moins accentués allant rarement jusqu'à l'achylie complète. On note également, souvent, une sensation de brûlure de la langue et du pharynx et des troubles trophiques de la peau et des phanères. La thérapeutique, qui a paru la plus active, consiste en l'administration de fer anorganique à doses élevées. Les résultats de ce traitement sont très favorables et S. admet même que si l'on n'obtient pas d'amélioration de l'index hémoglobinique après une cure régulière martiale le diagnostic d'anémie hypochrome serait douteux.

La pathogénie et les limites exactes de l'affection restent discutables.

G. Dreyfus-Sée.

H. Muller. ***Erythème noueux et tuberculose*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 21, 23 Mai 1935, p. 820-821). — Les relations entre érythème noueux et tuberculose ont été soulignées ces dernières années surtout chez l'enfant. Wallgren admet qu'en pratique l'érythème noueux chez l'enfant a la même valeur qu'une réaction tuberculinique positive, en ce qui concerne l'existence de la tuberculose et que son apparition a une importance considérable, car il témoigne d'une bacillose en évolution.

La valeur de l'érythème noueux chez l'adulte demeure plus discutée et on a invoqué des étiologies diverses, syphilis, gonococcie, le rhumatisme, etc.

M. a eu l'occasion d'observer 2 cas d'érythème noueux chez des adultes, coïncidant avec des manifestations pulmonaires actives: infiltrat précoce. Chez l'un des sujets, la date de la contamination bacillaire était connue et c'est 6 semaines après que l'on a constaté une tuméfaction ganglionnaire, bientôt suivie de l'apparition de l'érythème noueux et de la constatation de la lésion pulmonaire. La manifestation cutanée est donc survenue après la période d'incubation et au moment où se produirait la phase d'hypersensibilité allergique.

G. Dreyfus-Sée.

Max Clendon. ***Le goitre au Japon*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 23, 7 Juin 1935, p. 901-902). — Les recherches sur l'endémie du goitre ont été surtout poursuivies en Suisse: il était intéressant de savoir si la carence iodée incriminée dans l'étiologie de cette affection pouvait se retrouver aussi dans les conditions déterminant le goitre dans d'autres régions.

Durant une année, C. a étudié au Japon la répartition du goitre dans les diverses régions. Il s'est efforcé d'établir la proportion de goitres endémiques et de goitres toxiques avec manifestations basedowiennes. Aschoff avait écrit que la maladie de Basedow était tout à fait indépendante du goitre endémique et s'était basé pour l'affirmer sur le Japon où, disait-il, les basedowiens sont aussi répandus que sur le reste de la terre, alors que les goitreux sont beaucoup plus rares. Or, en étudiant systématiquement la répartition des goitres toxiques ou simples dans chacune des régions du Japon, C. a constaté qu'ils apparaissaient dans une proportion sensiblement comparable à celle que l'on peut trouver en Europe ou en Amérique. Sans pouvoir en tirer des conclusions précises en ce qui concerne l'étiologie de ces deux affections, il était cependant important d'établir que la distribution au Japon ne pouvait constituer un argument en faveur d'une distinction absolue entre goitre toxique et goitre endémique.

G. Dreyfus-Sée.

Schroeder et **Wittmann.** ***Teneur en vitamines des principaux régimes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 25, 21 Juin 1935, p. 988-990). — Il est classique d'admettre que, dans un régime mixte habituel, le danger d'une carence en vitamines n'existe pas. Cependant il était important d'étudier les divers régimes utilisés de façon prolongée dans des affections variées afin d'apprécier si des carences vitaminées légères ne pouvaient pas se produire dans ces conditions. A défaut d'avitaminose une hypovitaminose pourrait diminuer la force de résistance du malade et le régime aurait dans ce cas un rôle néfaste sur l'affection contre laquelle il est dirigé. Parmi les vitamines ce sont surtout A et D qui sont fournies en quantité largement suffisante dans la plupart des régimes: ce n'est que les premiers jours d'une cure d'ulcère gastrique ou d'affection rénale grave que le régime peut être carencé en vitamines A et D, de même qu'il est pauvre en calories. La carence en vitamines C est beaucoup plus fréquente, elle existe dans nombre de régimes pour ulcères, pour dyspepsie avec fermentation ou putréfaction, dans certains régimes de pyélo-cystite, dans certains régimes pour affections rénales. Les vitamines B sont le plus souvent insuffisantes, en particulier dans tous les régimes comportant une restriction de viande.

S. et W. insistent sur les inconvénients de ces carences frustes généralement inaperçues parce que insuffisantes à provoquer des signes cliniques typiques de l'avitaminose. Un tableau montrant les besoins minima des organismes en vitamines permet de remédier aisément à ces carences en ajoutant aux divers régimes les vitamines manquantes sous forme de médicaments spécialisés. Cette nécessité est plus grande encore lorsqu'il s'agit d'enfants.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

A. Decastello (Vienne). ***Substances anti-anémiques présentes dans l'urine*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 12, 22 Mars 1935, p. 377-380). — D. a administré à des sujets atteints d'anémie pernicieuse des lavements d'urine filtrée, provenant de sujets normaux. Il donna sans difficulté jusqu'à 40 et même 75 lavements de 100 à 500 cmc.

Au cours du traitement, on observa une augmentation remarquable des réticulocytes qui décu-

plèrent et même une fois furent 29 fois plus nombreux.

De même l'état général des patients s'améliorait visiblement.

Des injections sous-cutanées d'urine donnèrent des résultats, car d'après D. dans ce cas, l'efficacité de substances nuisibles au sang ne serait pas inhibée comme lors des lavements.

Dans 2 cas, sur des malades anémiques, D. administra, toujours par lavement, de l'urine de sujets atteints d'anémie pernicieuse; le résultat fut tout de même favorable. Cependant, dans des anémies d'origine néoplasique, etc., l'urine ne fut d'aucune efficacité.

D. conclut de ses expériences que la substance anti-anémique de l'urine n'est autre, ou tout au moins très voisine, de l' « intrinsic factor » de Castle, qui existe même chez des sujets atteints d'anémie pernicieuse. D. considère qu'en cas d'anémie mégalocytaire, hyperchrome, avec chimisme gastrique normal, il faut que l'on sache qu'il manque du principe antianémique dans le sang. Guy Hausser.

J. Langer (Prague). ***Contagiosité familiale de la diphtérie*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 12, 22 Mars 1935, p. 382-384). — La diphtérie est une affection beaucoup moins contagieuse que la rougeole, la scarlatine, etc. La contagion se fait surtout, soit directement avec le malade, soit encore par les objets touchés par le malade

Dans 80 à 90 pour 100 des cas, la maladie reste localisée au premier malade atteint, dans les autres cas toute la famille se trouve atteinte. Il y aurait donc une prédisposition différente suivant les familles, elle s'expliquerait par la présence d'une substance anti-infectieuse dans le sang de certains individus.

On a observé que 90 pour 100 de nouveau-nés se trouvaient ainsi immunisés, qu'à la fin de la première année il n'en resta plus que 10 pour 100. Après la seconde année, la présence de substance antitoxique réaugmente pour atteindre 40 à 50 pour 100 des enfants. On distingue alors deux sortes d'immunités: l'immunité constante par présence dans le sang d'antitoxine et l'immunité potentielle qui se traduit par la possibilité de fabriquer des antitoxines en quantité suffisante au moment opportun.

Dans les familles où plusieurs enfants sont atteints, il faudrait tenir compte de la virulence de l'agent pathogène. La durée d'incubation est également variable et oscille entre 2 et 20 jours. La notion des porteurs de germes pathogènes apparaît peu importante dans la diphtérie (1,5 pour 100 des cas observés par divers auteurs).

Guy Hausser.

C. Van de Steadt (Vienne). ***Température après splénectomie*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 14, 5 Avril 1935, p. 443-445). — S. a observé un cas de splénectomie rendue nécessaire pour thrombose de la veine splénique à la suite d'un *post partum* pathologique. Après l'intervention, on observa pendant 100 jours une hyperthermie de 38° à 41°, accompagnée de frissons. S. croit alors que la persistance de ces phénomènes morbides serait due principalement à une thrombose portale secondaire, sans exclure pour cela d'autre pathogénie. Cette thrombose portale pouvait d'ailleurs préexister à l'intervention. Mais S. pense que la splénectomie constitue en réalité un facteur aggravant des thromboses veineuses. S. remarque que ces hyperthermies mériteraient une description nosologique approfondie Les frissons observés seraient probablement dus à la décharge dans la circulation sanguine de petits thrombus.

Enfin, une certaine hyperglycémie pourrait montrer l'atteinte des veines pancréatiques qui seraient un facteur supplémentaire de propagation de thromboses. Guy Hausser.

I. Mueller (Gotha). ***La migraine, affection hypophysaire; traitement par l'opothérapie ovarienne*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 14, 5 Avril 1935, p. 448-449). — M. pense que la migraine serait due à une hypersécrétion de l'hypophyse. On a constaté que la sécrétion hormonale hypophysaire retrouvée dans l'urine est différente au cours de la vie: dans l'enfance, on trouve dans 50 p. 100 des cas observés le prolan A ou hormone folliculaire; après la puberté, en dehors de la grossesse, cette sécrétion se tarit, pour réapparaître après la ménopause.

M. a observé plusieurs cas de migraine dans lesquels on trouvait 110 à 140 unités d'hormone folliculaire dans les urines. Or, ce phénomène n'existait pas dans d'autres cas où la ménopause était survenue. M. en conclut qu'une certaine partie de l'hypophyse doit faire de l'hypersécrétion, augmentant la pression sanguine en agissant pour déterminer la contraction des muscles lisses, et en gênant le fonctionnement rénal, contribuant ainsi à augmenter les douleurs.

Comme il y a effet réciproque entre ovaire et hypophyse, M. a cherché à compenser la suractivité hypophysaire par l'opothérapie ovarienne. Il a obtenu ainsi de très bons résultats. Comme on a constaté également que l'opothérapie thyroïdienne agissait également sur la sécrétion hypophysaire, M. pense qu'on pourrait également l'utiliser pour traiter les migraines; cependant, les travaux restent encore à faire sur ce point.

Guy Hausser.

S. Feher (Vienne). ***Traitement de la Tachycardie paroxystique par de fortes doses de quinidine*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 17, 26 Avril 1935, p. 549-551). — F. rapporte deux cas de tachycardie paroxystique traités avec succès par la quinidine.

Le premier malade présentait des crises aiguës 2 à 3 fois par semaine. Ces accès étaient calmés par des injections intraveineuses de quinine dont l'effet ne fut que passager bien que le malade en eût reçu plus de 100. Tous les autres médicaments furent aussi inopérants. Comme l'état général du malade s'aggravait on lui donna de 2 gr. 1/2 à 4 gr 1/2 de quinidine par jour répartis en 4 à 8 prises. Les accès diminuèrent, disparurent même complètement tant que le malade prit sa quinidine.

Dans le second cas, les accès avaient une durée de 6 à 8 heures; après le même traitement par la quinidine les accès deviennent d'abord très courts et finissent par disparaître.

Etant donnés ces résultats, F. préfère traiter la tachycardie paroxystique par de grosses doses de quinidine plutôt que par la quinine. Seulement, dans les cas où l'asystolie a précédé l'apparition de la tachycardie paroxystique, F. continue à adopter le traitement digitalique qu'il combine à l'utilisation de la physostygmine.

Guy Hausser.

O. Neumann (Marburg). ***Thérapeutique hormonale en gynécologie*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 18, 3 Mai 1935, p. 569-572). — Bien qu'un traitement hormonal soit souvent difficultueux, N. a pourtant constaté qu'on réussissait souvent à agir sur les troubles fonctionels sexuels.

Les buts de la thérapeutique hormonale sont :

1° Le remplacement des hormones absentes ou trop insuffisantes.

2° Agir sur les organes hormono-sécréteurs en leur fournissant des hormones, développant ou ralentissant leur activité.

N. a même réussi parfois à obtenir des menstruations chez des femmes n'ayant pas d'ovaires (castrées chirurgicales, hermaphrodites). Cependant, dans ces cas, il faut de grandes quantités d'hormone folliculaire (200.000 à 300.000 unités-souris) et l'on ne sait pas non plus si, après cessation de traitement, la fonction sexuelle cyclique se règle automatiquement.

Les hypoménorrhées ont également été traitées avec succès en utilisant de 30.000 à 100.000 unités-souris. N. a eu aussi certains succès dans des dysménorrhées qu'il a traitées avec un traitement de 30 à 40.000 unités-souris pendant 3 à 4 mois. N. croit que l'on pourrait interrompre la grossesse par un traitement hormonal, de même il croit que dans certains cas on pourrait empêcher des avortements; cependant, pour ces 2 derniers cas, il n'a pas encore réussi à confirmer pratiquement ses hypothèses. Enfin, N. rapporte l'effet excellent de cette thérapeutique dans certaines endométrites hémorragiques et N. rapporte 2 cas où des jeunes filles de 15 ans furent guéries par l'administration de 6.800 et 5.800 unités.

Guy Hausser.

K. Franke et **St. Litzner** (Zwickau). ***La question de l'azotémie hypochlorémique chez les opérés*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 19, 10 Mai 1935, p. 614-615). — Sur 40 sujets opérés récemment, F. et L. ont recherché les taux d'urée et de NaCl dans le sang. Ils ont constaté fréquemment une hypochlorémie et une hyperazotémie (qu'ils appellent « azotémie hypochlorémique »). Ces 2 facteurs seraient cependant indépendants quoique relevant d'une cause commune: la grandeur de la plaie opératoire et plus rarement une insuffisance rénale. Un important facteur adjuvant serait l'atteinte hépatique causée par l'intervention chirurgicale d'une part et par la narcose d'autre part, qui apportent des changements à la désagrégation des noyaux azotés. En cas d'anesthésie locale, les troubles seraient beaucoup moins importants. En cas de forte hypochlorémie, F. et L. recommandent d'administrer suffisamment de NaCl avant ou après l'opération. Cependant, il n'est pas toujours indiqué d'administrer du NaCl, car ce dernier retarde souvent la cicatrisation; on recommandera plutôt, et surtout en cas de narcose prolongée, des extraits hépatiques et du jus de raisin.

Guy Hausser.

DER CHIRURG
(Berlin)

Kirschner (Heidelberg). ***La combinaison de divers procédés d'anesthésie*** (*Der Chirurg*. An. 7, t. 9, 1er Mai 1935, p. 265-270). — La combinaison de divers procédés anesthésiques permet, tout en obtenant une anesthésie meilleure, de ne pas augmenter l'action toxique, que produirait l'augmentation de la dose de l'anesthésique principal. Tel est l'intérêt des anesthésies dites de base. Divers procédés peuvent être utilisés à cet effet et K. les groupe suivant trois modalités :

1° *La combinaison de la voie rectale avec la voie intraveineuse* utilise comme procédé de base l'avertine. Le danger de l'avertine rectale employée à dose anesthésique réside dans l'irrégularité de la vitesse de résorption du toxique par la muqueuse intestinale. Il est donc nécessaire de limiter la dose en restant très au-dessous du point toxique. Dès lors, l'anesthésie complémentaire devient indispensable. Au lieu de l'éther ou du protoxyde d'azote, il peut être intéressant d'utiliser un anesthésique injecté par les veines. On peut à cet effet se servir à nouveau d'avertine (solution à 1,5 pour 100, 0,08 à 0 gr. 10 par kilogramme) ou d'évipan, en goutte à goutte. Dans ce dernier cas, 3 à 7 cmc permettent d'obtenir une anesthésie profonde.

2° *L'anesthésie locale utilisée comme complément d'un autre procédé anesthésique.* L'anesthésie locale à haute pression peut intervenir comme complément pour éviter le shock des sections nerveuses, ou pour anesthésier un nerf qu'une autre

méthode aura dû épargner. Tel est le rôle de l'anesthésie locale complémentaire de la rachi-anesthésie en ceinture, qui permet de bloquer le pneumogastrique aux environs du cardia, dans le cours des interventions gastriques; de même, l'infiltration du diaphragme dans les interventions sur la vésicule, ou l'infiltration du tissu cellulaire rétropéritonéal dans les interventions sur le côlon.

En fait, l'anesthésie locale permet de compléter une rachidienne sans obliger d'atteindre par ce dernier procédé une hauteur dangereuse.

3° *L'adjonction à l'anesthésie locale de moyens analgésiques complémentaires.* L'imperfection de la locale, en particulier chez les sujets pusillanimes, peut être atténuée par la méthode psychique.

K. fait consoler et distraire son opéré par un « narcotiseur psychique » et même par le phono et la T.S.F. Néanmoins, ces divertissements ne suffisent pas toujours et dans les cas où l'agitation du patient ou sa sensibilité particulière rendent l'acte opératoire difficile, il fait injecter par voie intra-veineuse une solution dont la composition est la suivante (scopolamine 0 gr. 0005, eucodal 0 gr. 01, et éphétonine 0 gr. 025) et dont l'action est presque instantanée. Ce dernier procédé peut aussi être utilisé à la fin de l'anesthésie rachidienne.

J. Ch.-Bloch.

ZENTRALBLATT FUR INNERE MEDIZIN (Leipzig)

M. Masugi (Chiba, Japon). ***La pathogénie de la glomérulo-néphrite diffuse à la lumière de la reproduction expérimentale de cette maladie*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **56**, n° 19, 11 Mai 1935, p. 417-428). — M. a réussi à reproduire chez l'animal par injection d'antisérum néphrotoxique une affection rénale semblable à la glomérulo-néphrite diffuse de l'homme, tant par ses symptômes que par ses lésions. Aussi est-il arrivé à penser que la glomérulo-néphrite diffuse humaine relève d'une réaction entre antigène et anticorps se déroulant au niveau du rein; bref, il s'agirait d'une affection allergique du rein. M. indique ici les arguments tirés de l'anatomie pathologique qui militent en faveur de cette thèse.

Les lésions les plus caractéristiques de la glomérulo-néphrite diffuse, l'augmentation de volume des glomérules, la prolifération de l'endothélium des anses capillaires glomérulaires, l'absence frappante de sang dans la lumière de ces anses, la présence à leur intérieur d'une masse albumineuse, parsemée de leucocytes, qu'aucune théorie (théorie de l'inflammation locale due aux poisons bactériens, théorie du spasme vasculaire, etc.) n'était parvenue jusqu'ici à interpréter de façon satisfaisante, se retrouvent chez les rats injectés par voie veineuse avec des antisérums obtenus chez le lapin traité par des injections de tissu rénal de rat. Ces lésions cytotoxiques du rein sont identiques, comme le vit M. par la suite, à celles que détermine l'injection seconde de sérum chez le lapin sensibilisé au sérum de cheval ou au blanc d'œuf quand on injecte directement ces antigènes dans les veines. Les résultats sont encore plus saisissants quand on injecte l'antigène dans l'artère rénale; chez les lapins non sensibilisés on n'obtient alors que des lésions glomérulaires toujours en foyers et d'aspect très différent, analogue à celui de la néphrite produite par divers poisons, urane, toxines bactériennes, etc.

En somme, ces expériences montrent que les processus allergiques qui se passent dans le rein suivent exactement les mêmes lois que les lésions rénales cytotoxiques. La glomérulo-néphrite diffuse doit s'expliquer par une réaction hyperergique du rein à l'égard d'un antigène protéinique quelconque, bactéries ou toxines quand il s'agit d'une infection, celui-ci n'agissant donc pas directement sur le rein, comme le montrent les recherches de M. exécutées avec diverses bactéries.

Il va sans dire que le facteur constitutionnel joue un grand rôle dans le degré d'hypersensibilité réalisé.

P.-L. Marie.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

M. R. Castex et **E. S. Mazzei.** ***Le pneumothorax spontané*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 22, n° 20, 15 Mai 1935, p. 939-947). — Les cas de pneumothorax spontané restent rares dans la littérature. C. et M. en apportent une observation personnelle très étudiée.

Observation d'un homme de 35 ans qui, en pleine santé apparente, accuse un point de côté intense à la base gauche en avant. On retrouve dans les antécédents une grippe suivie d'épistaxis prolongée.

La succussion hippocratique révèle la présence de liquide, qui, ponctionné, apparaît aseptique et hématique. Apyrexie. Amaigrissement de 5 kilogr. Tension artérielle: 11,5/6,5. Globules rouges: 4.500.000. Résorption en deux mois et demi.

Sur cet exemple, M. et C. reprennent l'étude clinique du pneumothorax spontané. L'affection s'observe surtout avant 30 ans. L'hémorragie pleurale est fréquente et conditionne la fièvre et la symptomatologie d'auscultation.

L'autopsie éclaire la pathogénie, en montrant la rupture d'ampoules sous-pleurales et les dégâts vasculaires correspondants.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

H. W. Hetherington, F. M. Mc Phedran, R. M. Landis et E. L. Opie. ***Nouvelles recherches sur la tuberculose parmi les étudiants en médecine et les autres étudiants. Apparition et développement des lésions durant les études médicales*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 3, Mai 1935, p. 709-734). — La fréquence des intradermo-réactions positives à la tuberculine est fort élevée chez les étudiants en médecine, en droit et en art dentaire. Vers la fin des études universitaires elle est d'environ 100 pour 100.

La fréquence des lésions tuberculeuses du sommet révélées par l'examen radiographique atteignit 15 à 20 pour 100 parmi les étudiants en médecine appartenant à quatre années d'études et comprenant un total de 521 étudiants.

Des infiltrations plus avancées, situées au-dessus et au-dessous de la clavicule et donnant lieu parfois à des signes physiques, furent relevées chez 11,5 pour 100 des étudiants de l'année 1930, chez 6 pour 100 de l'année 1931, chez 5 pour 100 de l'année 1932 et chez 8,3 pour 100 de l'année 1933. Les chiffres correspondants pour les étudiants en droit et en art dentaire étaient respectivement de 2,4 et 2,2 pour 100.

La diminution de fréquence des lésions avancées parmi les étudiants en médecine ces trois dernières années semble due, en partie tout au moins, aux mesures prophylactiques prises par les étudiants porteurs de petites lésions. De plus, après le premier examen institué, le contact des étudiants avec les sujets à crachats bacillifères fut supprimé.

18 mois après le premier examen, 3 examens furent faits à un an d'intervalle afin d'observer les progrès des lésions et l'apparition éventuelle de nouveaux foyers au cours des études médicales. 400 jeunes gens furent ainsi réexaminés. Chez 17 étudiants chez lesquels le premier examen n'avait rien montré de suspect, on trouva une infiltration du sommet d'allure tuberculeuse; 12 étudiants, chez lesquels on avait noté une infiltration du sommet au premier examen, présentèrent des signes d'évolution de leurs lésions. Pendant cette période d'observation 1,75 pour 100 des étudiants présentèrent des signes cliniques de tuberculose; 3 pour 100 avaient des lésions latentes avancées siégeant au sommet de l'un ou des deux poumons, s'étendant au-dessus et au-dessous de la clavicule; 1,5 pour 100 avaient des lésions sus-claviculaires et 1,25 pour 100 présentaient une légère progression des lésions situées au-dessus de la clavicule. Un total de 7,5 pour 100 d'étudiants présentèrent au cours de leurs études médicales de nouvelles lésions ou une progression de lésions antérieures; les petites lésions trouvées lors de l'entrée à l'Ecole persistèrent souvent sans changement; ce fut plus rarement le cas pour les lésions plus avancées.

L'apparition de nouvelles lésions et le réchauffement des anciennes s'observèrent surtout au cours de la troisième année d'études. La raison semble en être les premiers contacts avec les tuberculeux des services; le bacille a pu être mis en évidence dans la poussière provenant de salles de tuberculeux de construction ancienne.

Les observations recueillies par les auteurs montrent que les étudiants en médecine viennent au contact des bacilles tuberculeux dans des conditions qui les exposent au danger d'une infection, mais il reste douteux que cette exposition produise réellement la maladie latente ou manifeste. Néanmoins les faits montrent qu'il est bon de déployer un soin extrême afin de prévenir la contamination des locaux où travaillent les étudiants par le bacille tuberculeux.

La comparaison de la fréquence des lésions tuberculeuses chez un petit nombre d'étudiants en droit et en art dentaire avec celle de la même maladie chez les étudiants en médecine montre que la tuberculose du sommet est deux fois plus commune chez ces derniers et que les lésions avancées s'observent aussi bien plus souvent parmi eux.

P.-L. Marie.

M.-J. Goodman et **J.-E. Moore.** ***Signification pronostique de la persistance de la réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien dans la neuro-syphilis traitée*** (*Archives of internal Medicine*, t. **55**, n° 5, Mai 1935, p. 826-833). — G. et M. ont suivi d'une façon prolongée 212 malades atteints de neuro-syphilis qui avaient été traités pendant longtemps. Ils mettent en parallèle deux groupes, l'un comprenant 95 patients dont le Wassermann du liquide céphalo-rachidien est demeuré constamment positif; l'autre, englobant 117 sujets dont la réaction avait été négativée par le traitement.

Les constatations faites montrent qu'il existe dans la neuro-syphilis un rapport certain entre la réponse de la réaction du liquide céphalo-rachidien au traitement et la probabilité de la progression ultérieure des accidents et des rechutes. Parmi les 181 patients traités uniquement par la chimiothérapie, la rechute se produisit quatre fois plus souvent chez ceux dont le Wassermann était resté positif que chez ceux dont la réaction avait été négativée.

La progression ultérieure et les rechutes sont plus fréquentes chez les malades atteints de formes parenchymateuses (tabes et P.G.) que chez ceux dont le parenchyme nerveux a été respecté (lésions vasculaires, méningées, neuro-syphilis asymptomatique). Lorsqu'un patient, même atteint de neuro-syphilis apparemment non parenchymateuse, fait une rechute, celle-ci a tendance à prendre le type paralysie générale.

Parmi 31 malades traités par la pyrétothérapie (malariathérapie presque toujours), la progression ultérieure ou la rechute ne se produisit que chez 2 malades.

Toutefois, bien que la persistance de la réaction positive du liquide céphalo-rachidien dans la neuro-syphilis ait une importance pronostique beaucoup plus grande que la persistance de la réaction positive du sang dans des états tels que la syphilis latente et l'hérédo-syphilis tardive, elle n'indique pas fatalement la progression ou la rechute de l'affection nerveuse. Le degré de négativation de la réaction ne peut pas non plus être pris uniquement comme guide pour fixer la durée du traitement de la neuro-syphilis. P.-L. Marie.

ARCHIVES OF SURGERY (Chicago)

Mark Albert Glaser et **Frederick P. Shafer** (Los Angelès). ***Epilepsie et traumatisme cranien*** (*Archives of Surgery*, vol. **30**, n° 5, Mai 1935, p. 783-804). — Ce travail est l'étude des rapports qui existent entre l'épilepsie et les traumatismes craniens. G. et S. ont étudié ce point d'après leurs observations personnelles et différents articles parus antérieurement. Dans l'ensemble, voici les conclusions; il existe plusieurs types d'épilepsie:

a) L'épilepsie localisée connue depuis très longtemps est due au développement d'un foyer cicatriciel à la place du traumatisme cérébral, la cicatrice adhère à la dure-mère, au cerveau, produit des modifications des ventricules qui sont déplacés et parfois augmentés de volume, phénomènes que l'on peut constater par une encéphalographie; cette épilepsie localisée justifie comme il est admis l'intervention chirurgicale, mais en outre de la résection de la zone cicatricielle G. et S. conseillent d'inciser le ventricule latéral pour le drainer, de faire une plastie au niveau de la dure-mère et de laisser ouverte la brèche cranienne.

b) L'épilepsie réflexe exceptionnelle dont ils signalent un cas consécutif à une blessure de la jambe.

c) Enfin l'épilepsie généralisée. G. et S. font beaucoup de recherches sur les rapports qui existent entre les traumatismes craniens et le développement d'une épilepsie généralisée. L'apparition précoce d'une telle manifestation est tout à fait exceptionnelle, toutefois on connaît des épilepsies précoces apparaissant même 10 jours après l'accident, mais il s'agit alors de traumatismes cranio-encéphaliques très graves. En moyenne, cette épilepsie secondaire survient entre 6 mois et 2 ans après le traumatisme, exceptionnellement avant, rarement après ce délai.

G. et S. passent en revue les lésions décrites depuis longtemps dans ces cas, ils insistent sur la valeur relative de l'encéphalographie qui peut montrer parfois des déviations des ventricules, mais dont la valeur n'est pas très considérable; toutefois, cette méthode de diagnostic est justifiée pour dépister une tumeur cérébrale au début.

En conclusion, G. et S. conseillent d'être très prudent dans l'appréciation du rapport qui existe entre épilepsie généralisée et traumatisme et surtout, dans tous les cas où l'épilepsie ne débute pas entre 6 mois et 2 ans après le traumatisme, de chercher soigneusement les autres causes possibles avant d'incriminer le traumatisme.

F. d'Allaines.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

K. Landsteiner et **J. Jacobs**. ***Recherches sur la sensibilisation des animaux aux composés chimiques simples*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **61**, n° 5, Mai 1935, p. 643-656). — Les résultats obtenus jusqu'ici en matière de sensibilisation des animaux aux composés chimiques simples sont des plus discordants et les conditions qui influencent les expériences sont encore mal connues. Dans la plupart des cas les lésions cutanées obtenues chez l'animal sont d'une intensité bien moindre que chez l'homme.

L. et J. ont donc entrepris de sensibiliser des cobayes vis-à-vis de composés chimiques relativement simples. Ils y ont réussi en injectant de très minimes quantités (des fractions de milligr.) avec le 1 : 2 : 4 chlorodinitrobenzène, la *p*-nitrosodiméthylaniline, le chlorure de picryl, le 1 : 2 : 4 : trinitrobenzène, quatre dichlorodinitrobenzènes et un certain nombre d'autres composés aromatiques. Mais ils ont échoué avec maintes substances semblables aux précédentes. On sait que le 1 : 2 : 4 chlorodinitrobenzène produit de l'hypersensibilité chez l'homme; de nombreux cas ont été signalés dans les usines préparant ce produit.

L. et J. discutent le mécanisme de cette sensibilisation, mais ne peuvent encore que formuler des hypothèses. P.-L. Marie.

P. Rous, P. Mac Master et **S. Hudack**. ***Fixation et protection des virus exercées par les cellules des animaux sensibles*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **61**, n° 5, Mai 1935, p. 657-688). — La nature des relations existant entre les virus et les cellules qui les hébergent est essentielle à connaître. Pour les uns, les phénomènes dus aux virus doivent s'interpréter comme ceux qui relèvent des bactéries tandis qu'à l'autre extrémité de l'opinion on trouve des auteurs qui soutiennent que certains virus tout au moins sont les produits inanimés des cellules perturbées, ce qui impliquerait une association étroite avec ces dernières.

R., M. et H. ont essayé de préciser quels sont les rapports de deux virus, celui de la vaccine et celui qui cause le fibrome des lapins de Shope, avec des cellules isolées provenant de cultures de tissus. Ils ont imaginé plusieurs techniques à cet effet.

Ils ont pu constater que ces deux virus se fixent rapidement sur les cellules isolées et soumises à leur action, que les cellules soient vivantes ou qu'elles aient été tuées par la chaleur ou les rayons ultra-violets. Le virus n'abandonne pas les cellules, malgré l'agitation prolongée ou les lavages répétés avec la solution de Tyrode. Si l'on soumet les cellules sur lesquelles s'est fixé le virus à des antisérums neutralisants, le virus n'est pas modifié de façon notable si les cellules sont vivantes, tandis que, si elles sont mortes, l'activité du virus devient nulle. Les cellules isolées de cultures de tissus faites en présence du virus vaccinal ou du virus de Shope véhiculent ces virus en abondance, malgré des lavages répétés et, si elles sont vivantes, les soustraient à l'influence des sérums neutralisants alors que, si elles sont mortes, elles n'exercent plus cet effet protecteur.

Ces constatations semblent jeter quelque lumière sur la façon dont les virus s'implantent chez l'hôte; elles indiquent les raisons de la persistance de certains virus chez des animaux guéris et des résultats peu satisfaisants donnés par la sérothérapie dans les maladies à virus.

R., M. et H. signalent encore qu'ils ont pu conserver le virus de Shope dans les cultures de la tumeur. Il est étroitement associé aux cellules, on ne le trouve guère dans le liquide de culture. Quant au virus vaccinal, il altère gravement les cellules des cultures faites avec de l'embryon de lapin dans lesquelles il se développe.

P.-L. Marie.

FUKUOKA ACTA MEDICA

S. Naka, T. Yoneyama, S. Omura, T. Yamamoto, H. Nakamoto. ***Pathologie et traitement de la mélancolie présénile*** (*Fukuoka Acta medica*. Vol. **28**, n° 5, Mai 1935, p. 46-53). — La mélancolie est une des affections fréquentes de la période présénile. Souvent légère, elle est traitée pour une affection somatique variable, ou considérée comme neurasthénie. Elle se distingue de cette dernière par sa plus longue durée et par son caractère constitutionnel.

La mélancolie est surtout fréquente entre 40 et 50 ans, se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme, et surtout chez les intellectuels. La cause la plus fréquente est représentée par les ennuis domestiques, les chocs moraux, le surmenage.

Le tableau clinique n'est pas très différent de celui de la mélancolie simple. L'état de dépression, l'anxiété précordiale, l'insomnie, la bradypsychie, la diminution de l'autocritique, la perte de l'appétit, les troubles sensitifs, les hallucinations s'y rencontrent avec une grande fréquence.

On a discuté sur les rapports entre la mélancolie présénile et la psychose maniaque dépressive. N., Y., O., Y. et N. pensent que la fréquence des réactions anxieuses permet de distinguer ces deux états, et que la mélancolie présénile n'a, d'autre part, aucune tendance à la périodicité.

Pour traiter la mélancolie présénile et en écourter la durée, N., Y., O., Y. et N. ont utilisé les extraits glandulaires, les médicaments ayant une action sur le système nerveux autonome, l'ergotamine chez les sympathicotoniques, et l'atropine chez les vagotoniques. Ils ont surtout employé la cure de sommeil au moyen du somnifène, du dialpantopon et du luminal, de façon simple et sans danger pour le malade, en ne déterminant pas de narcose. Ils font dormir le malade 18 heures sur 24.

Sur 75 cas ils ont eu 58 guérisons, 11 améliorations et 6 échecs.

Pendant le traitement on constate une diminution de la dépression et de l'anxiété. Le *pu* du sang n'est pas diminué mais tend vers l'alcalose; le taux des substances de déchet s'abaisse, l'hyperglycémie disparaît, la quantité des urines diminue, l'état du sang n'est pas modifié. L'apparition d'une leucocytose doit faire interrompre le traitement. Que la cure de sommeil agisse de façon psychothérapique, ou qu'elle ait une action biologique en permettant une reconstitution de la substance nerveuse, son action n'en apparaît pas moins favorable.

H. Schaeffer.

NAGASAKI IGAKKWAI-ZASSI

Inoue et **Mori**. ***Résultats statistiques des observations d'hématochylurie réunis dans notre clinique depuis 20 ans*** (*Nagasaki Igakkwai-Zassi*. Vol. **13**, fasc. 5, 25 Mai 1935). — Sur les 214 cas de chylurie observés, 80,4 pour 100 se présentaient chez l'homme et 19,6 pour 100 chez la femme. De toutes les professions, celles des paysans d'abord (39,9 pour 100), et des commerçants ensuite (22,1 pour 100), sont de beaucoup les plus touchées.

La chylurie a sa plus grande fréquence chez le nouveau-né et l'enfant, cette fréquence diminuant ensuite progressivement avec l'âge. Par ordre de fréquence, l'affection se rencontre surtout en été (50 pour 100), puis au printemps (20 pour 100), en automne (19,6 pour 100), et en hiver (10,2 p. 100). Les urines chyleuses (31,4 pour 100) sont moins fréquentes que les urines chylo-sanglantes (68,6 pour 100).

Sur 105 cas examinés, les larves de filaire furent retrouvées 55 fois dans le sang. Les microfilaires furent retrouvés dans l'urine dans 11 cas sur 41.

Les examens de sang pratiqués dans 36 cas montrèrent dans 12 cas de l'éosinophilie, et dans 13 cas de la lymphopénie. Il ne semble pas exister de rapports entre la formule sanguine et la présence de la filaire dans le sang.

La valeur fonctionnelle des reins a été étudiée par l'épreuve de l'indigo-carmin, et l'épreuve de l'eau de Volhard. Cette dernière seule est valable, et a montré une atteinte rénale dans 3 cas sur 13.

L'hématochylurie vésicale n'a jamais été observée; elle est donc rénale, et s'est montrée unilatérale dans 45,6 pour 100 des cas, et bilatérale dans 12,2 pour 100 des cas.

De nombreuses complications sont signalées par I. et M. qui portent surtout sur l'appareil urinaire inférieur.

Toutes les méthodes de traitement, intraveineuses et par la bouche, restent sans résultat. Seules les instillations dans le bassinet de solutions d'iodure de sodium à 15 pour 100, de bromure de sodium à 25 pour 100, ou de nitrate d'argent de 1 à 3 p. 100 ont donné des résultats appréciables.

H. Schaeffer.

N. Inoue. ***Le processus de guérison de la chylurie par instillation dans le bassinet*** (*Nagasaki Igakkwai-Zassi.* Vol. **13**, fasc. 5, 25 Mai 1935). — Dans 45 cas de sujets atteints de chylurie, I. a utilisé la pyélographie rétrograde et mentionne le résultat de ses statistiques sur le reflux extra-pelvien. Ce dernier, dans 43 cas d'urines chyliformes, a été observé 21 fois. Dans les cas où la chylurie était bilatérale, le reflux est signalé dans 46,8 pour 100 des cas. Il est plus fréquent du côté droit que du gauche.

Le mode et la fréquence du reflux extra-pelvien sont les suivants: extravasat sinus-hile (12 fois), rupture du fornix (7 fois), ombre des vaisseaux lymphatiques (7 fois), image en bouquet (5 fois), ombre des veines intraparenchymateuses (3 fois), ombre des ganglions lymphatiques (3 fois).

Les ombres des vaisseaux lymphatiques se voyaient sur 7 pyélogrammes. Dans 3 cas, elles dessinaient le trajet des lymphatiques allant du hile rénal aux ganglions paraaortiques, dans 2 autres le trajet allant aux ganglions rétroveineux et préaortiques. Dans 3 cas également se dessinaient les ombres des ganglions lymphatiques.

Entre l'arrêt de la chylurie à la suite de la pyélographie et le reflux extra-pelvien, il existe vraisemblablement un rapport intime. Toutefois, la chylurie post-pyélographique cesse maintes fois sans que l'on observe d'image de reflux.

Dans 8 cas où la pyélographie fut pratiquée après arrêt de la chylurie, 3 fois le reflux fut observé.

L'ombre des vaisseaux lymphatiques observée pendant la chylurie ne pouvait être reproduite après sa disparition, malgré la grande quantité de substance opaque injectée.

La présence de l'ombre des vaisseaux lymphatiques dans d'autres affections rénales que la chylurie, et même chez des sujets sains, prouve que cette ombre n'est pas liée à l'existence d'une fistule entre les voies lymphatiques et le bassinet.

Chez des sujets sains sans chylurie, les pyélogrammes montrent dans 30,5 pour 100 des cas des images de reflux.

H. Schaeffer.

N. Inoue. ***Sur le processus curateur de la chylurie par instillation dans le bassinet. Résultats statistiques et mode d'action*** (*Nagasaki Igakkwai-Zassi.* Vol. **13**, fasc. 5, 25 Mai 1935). — Malgré les progrès de l'hygiène, la filariose est encore loin d'être exceptionnelle dans le sud du Japon. En 4 ans, I. en a observé 51 cas dans son service.

Pour traiter cette affection jusqu'ici incurable, I. pratique un pyélogramme avec une solution d'iodure de sodium à 15 pour 100. Parfois, une seule instillation suffit à faire disparaître la chylurie. Si elle ne suffit pas, on la répète. En cas d'insuccès, on pratique alors une injection de bromure de sodium à 30 pour 100. S'il y a encore insuccès, on fait une injection d'une solution de nitrate d'argent de 1 à 3 pour 100. Ces pyélogrammes peuvent être répétés de 3 à 5 fois suivant effet, avec des intervalles de 3 à 5 jours. Exceptionnellement, il est nécessaire de pratiquer jusqu'à 10 instillations. Ces pyélogrammes peuvent s'accompagner parfois de certaines réactions: douleurs dans la région rénale, fièvre, nausées et vomissements. Elles apparaissent de quelques heures à quelques jours après l'intervention.

L'effet curateur de cette thérapeutique est proportionnel à l'action excitatrice de l'injection. Il est également en rapport avec le calibre et la position de la sonde, ainsi qu'avec la quantité et la rapidité avec laquelle le liquide est injecté.

L'apparition de douleurs vives est parfois le signe de la guérison. Celle-ci survient en général brusquement, de 3 à 5 jours en moyenne après l'injection. Cette guérison n'est pas toujours définitive, et l'on peut voir des récidives 1 an, 2 ans, et peut-être plus longtemps après cessation de la chylurie.

Le mode d'action de ce traitement est encore imprécis. On a invoqué l'oblitération des canaux de communication entre les reins et les vaisseaux lymphatiques, liée à l'œdème inflammatoire qui déterminerait une compression ou une oblitération des canaux chylifères. La disparition du flux de retour pyélolymphatique après disparition de la chylurie est en faveur de cette opinion. L'apparition de la chylurie chez certains sujets 5 à 6 heures après un repas riche en graisse plaide dans le même sens.

A côté de la réaction inflammatoire et de l'oblitération des canaux chylifères, peut-être encore peut-on invoquer la néoformation ou la constitution d'anastomoses entre les vaisseaux lymphatiques offrant au chyle un cours plus aisé.

H. Schaeffer.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

F. Gerritzen. La diurèse spontanée (*Acta medica Scandinavica*, t. **85**, nos 1-2, 30 Mars 1935, p. 154-169). — Försgren a montré que la fonction hépatique n'est pas régie en premier lieu par l'absorption de la nourriture, mais qu'elle possède une certaine autonomie qu'il appelle la fonction rythmique du foie. Il a établi chez le lapin que pour toute augmentation de 1 gr. de glycogène, le poids du foie augmente de 4 gr. 3 et il admet que cet accroissement de poids est dû à l'eau. Si le foie élimine alternativement de l'eau (pendant la période de désassimilation) et en absorbe (pendant la période d'assimilation), il devenait intéressant de voir si ces échanges d'eau influent sur la valeur de la diurèse, celle-ci devant être plus abondante pendant la désassimilation (2 heures du matin à 14 heures) et plus faible pendant la période d'assimilation.

G. a donc fait l'épreuve de l'eau chez 42 sujets sains, qui buvaient toutes les heures 75 cmc d'eau et chez lesquels on mesurait l'élimination horaire de l'urine, l'épreuve durant 24 heures le plus souvent, parfois 48 ou même 60 heures.

Il a pu constater une différence nette entre la période de 1 à 13 heures et celle de 14 à 24 heures. Durant la première, la quantité d'urine est notablement plus grande que pendant la deuxième, ce qui vient à l'appui de l'hypothèse de Försgren. Ni l'attitude du corps, ni les repas, ni le sommeil, ni les facteurs climatiques ne peuvent expliquer cette différence qui se montre par ailleurs indépendante des variations de la pression sanguine.

Cette « diurèse spontanée » est en réalité conditionnée principalement par la fonction rythmique du foie et elle présente une concordance frappante avec la courbe glycémique des 24 heures relevée chez les diabétiques, ce qui conduit G. à admettre qu'il existe également chez les sujets sains une hyperinsulinémie pendant la période de la journée qui s'étend de 7 heures du matin à 14 heures.

P.-L. Marie.

G. Nylander (Helsingfors). ***Contribution à l'étude de l'anémie des affections diffuses du rein*** (*Acta medica Scandinavica*, supp. **60**, 1935, 165 pages). — N. a étudié chez une centaine de malades atteints de lésions diffuses du rein (néphrose, néphrite infectieuse en foyers, glomérulo-néphrite diffuse, néphrosclérose, amylose) les caractères de l'anémie et a essayé d'en préciser les causes.

Dans les affections diffuses du rein sans rétention d'indican ou d'autres produits de putréfaction intestinale, on rencontre souvent une anémie légère. L'anémie est en général plus prononcée dans les cas où cette rétention existe; elle atteint son maximum dans les insuffisances rénales très accentuées.

La formule sanguine dans l'anémie des affections diffuses du rein ne présente pas de caractéristiques telles que l'on puisse en tirer de conclusions en faveur du diagnostic d'affection rénale. La valeur globulaire est en général égale à l'unité, mais elle est parfois inférieure ou supérieure. Le diamètre moyen des hématies est d'ordinaire normal ou un peu diminué; le plus souvent, il n'y a pas d'anisocytose marquée. Cependant, on rencontre des cas où la valeur globulaire est élevée et le diamètre moyen augmenté et très variable. Ces cas se distinguent de l'anémie pernicieuse par l'absence de mégaloblastes, par la leucocytose neutrophile et par la couleur claire du cytoplasme. Le nombre des hématies granuleuses dans toutes les formes de maladies diffuses du rein est normal ou faible et on ne rencontre que rarement des normoblastes.

L'absence de signes de régénération accélérée, la valeur globulaire généralement normale et le faible taux de la bilirubine du plasma indiquent que l'anémie dépend bien plus d'une insuffisance de l'hématopoïèse que d'une augmentation de la destruction du sang dans l'organisme. La valeur globulaire habituellement normale signifie aussi que l'anémie n'est pas liée à une perte de sang par l'urine.

Les variations de la valeur globulaire dans les cas non compliqués ne peuvent s'expliquer ni par le degré variable de la rétention azotée ou de la rétention des poisons intestinaux, ni par l'hématurie, ni par d'autres causes décelables. La formule blanche semble indépendante des modifications constatées dans le chimisme sanguin. Il est plus probable que les variations leucocytaires sont provoquées surtout par des causes infectieuses.

L'anémie légère rencontrée dans les cas où il n'y a pas de rétention de poisons intestinaux est due vraisemblablement aux mêmes causes infectieuses qui ont déclenché l'affection rénale ou l'entretiennent. Dans les cas graves, il est plus probable que l'anémie est provoquée secondairement par les modifications causées dans l'organisme par l'insuffisance rénale, et peut-être en premier lieu par la rétention des poisons intestinaux.

N. n'a pas constaté de modifications de la formule sanguine permettant de distinguer entre elles les diverses formes des affections rénales diffuses.

P.-L. Marie.

T. Hafström. ***La réaction modifiée de Takata au sublimé et à la fuchsine sur le sérum dans le diagnostic des maladies du foie*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. **62**, 1935, 160 pages). — H. a recherché la réaction de Takata modifiée par Jezler sur le sérum sanguin de 313 sujets atteints de maladies diverses, mais presque toujours hépatiques, et chez lesquels l'autopsie put être faite dans 212 cas.

Cette réaction met en présence dans 11 tubes le sérum à examiner étendu d'eau physiologique dans des proportions croissantes, avec 0 cmc 25 de solu-

tion de carbonate de soude à 10 pour 100 et 0 cme 25 d'un mélange à parties égales de solution de sublimé à 0,5 pour 100 et de fuchsine à 0,02 pour 100 fraîchement préparée. Le résultat est lu au bout d'une demi-heure à la lumière du jour et l'on établit une courbe. La réaction est considérée comme négative quand toute trace de floculation fait défaut, de même que lorsqu'il n'existe qu'un simple trouble, qui peut se produire en dehors des affections hépatiques. Les colorations diverses allant du rouge au bleu, que l'on note, n'ont pas de signification clinique. Seule compte l'existence d'une floculation.

Cette réaction, employée tout d'abord pour le diagnostic des cirrhoses du foie, doit être considérée comme une épreuve de valeur permettant de juger de la fonction hépatique. On note, en effet, la floculation dans les altérations diffuses du parenchyme hépatique de nature diverse. Le résultat est indépendant de la rétention de la bilirubine, ce qui constitue son principal avantage. Comme la réaction se montre souvent positive dans la tuberculose pulmonaire et dans la pneumonie chronique ainsi que parfois dans les affections rénales, il faut l'interpréter avec prudence quand ces maladies compliquent l'affection hépatique.

Dans la cirrhose du foie, et surtout dans la cirrhose de Laennec, on observe d'ordinaire une floculation plus ou moins prononcée. Toutefois, elle peut faire défaut dans certains cas où le parenchyme est relativement respecté.

Dans le cancer du foie, le résultat dépend de l'étendue de la tumeur et de la quantité de parenchyme conservé. Quand la masse de la tumeur représente 75 à 80 pour 100 du parenchyme normal, la floculation se produit.

Dans les processus inflammatoires et les obstructions de diverse nature des voies biliaires ainsi que dans les angiocholites où le parenchyme hépatique est relativement bien conservé, la réaction se montre toujours négative.

Dans le foie cardiaque, la réaction est négative si le processus cirrhotique concomitant n'est pas trop prononcé ou s'il ne surajoute pas de l'atrophie du foie.

Dans les hépatites, l'évolution de la réaction possède une grande importance pronostique. Quand la floculation se montre au début de la maladie, on peut prédire une longue durée de la maladie. La floculation indique une atteinte grave du parenchyme, bien plus grave qu'on ne le pensait.

Dans le foie amyloïde et dans la surcharge graisseuse, la réaction peut être négative.

Exécutée sur le liquide d'ascite et sur l'exsudat pleural, la réaction donne un résultat positif dans les altérations graves du parenchyme hépatique, en particulier dans les hépatites.

Le plus grand mérite de la réaction de Takata est qu'elle permet de faire le diagnostic différentiel entre les altérations diffuses du parenchyme hépatique, et les hépatites en particulier, d'une part, et les diverses variétés d'ictère par rétention, d'autre part. Elle semble être actuellement la meilleure de toutes les épreuves du fonctionnement de la cellule hépatique. Elle n'est pas toujours parallèle à l'épreuve du galactose. Ces deux épreuves se complètent de façon heureuse. La réaction de Takata permet en outre de dépister pendant la vie certaines cirrhoses qui ne se manifestent pas par des signes cliniques suffisants.

P.-L. Marie.

T. Christiansen. ***L'urémie comme cause de mort dans les hémorragies profuses de l'ulcère gastrique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **85**, nos 3-4, 6 Mai 1935, p. 333-345). — C. a observé chez des ulcéreux 21 cas de mort due à une gastrorragie profuse. Dans 3 cas, la cause du décès fut la péritonite par perforation. L'autopsie fut faite dans 16 cas; dans 12, on découvrit une érosion d'une grosse branche artérielle. Le temps écoulé depuis le début de l'hémorragie jusqu'à la mort n'a pas été inférieur à 13 jours en moyenne, avec un minimum de 3 jours et un maximum de 30. Comme il est difficile d'admettre qu'un malade puisse vivre avec une hémorragie artérielle continue un certain nombre d'heures, il faut conclure de ces chiffres que l'hémorragie a dû s'arrêter quelque temps avant la mort et qu'elle n'est donc pas habituellement la cause de la mort au sens strict du terme.

La mort est généralement tardive et due à des complications, telles que péritonite, embolie, pneumonie, et non à l'hémorragie elle-même; toutefois, dans la plupart des cas, l'issue fatale semble relever d'un « épuisement des forces ». Cet état se caractérise plus par des symptômes d'intoxication que par des symptômes d'anémie vraie. Les deux cas relatés par C. suggèrent que l' « épuisement des forces » répond réellement à une hyperazotémie d'origine extrarénale (1 gr. 85 d'urée par litre de sérum chez le premier malade, 0 gr. 88 chez le second) pouvant être précédée et accompagnée d'achlorurie. Cet état d'hyperazotémie par manque de sel peut être traité avec succès par l'administration de chlorure de sodium, comme le montre l'heureux résultat obtenu chez le second malade.

Contrairement aux autres formes d'urémie gastrique, l'azotémie associée aux gastrorragies massives d'origine ulcéreuse se développe insidieusement et ne s'accompagne pas de vomissements.

C. pense que l'hyperazotémie dans ces cas résulte d'une intoxication produite par l'absorption de produits toxiques dus à la décomposition du sang stagnant dans l'intestin par les bactéries et que cette intoxication est ensuite aggravée par la déminéralisation résultant de l'apport excessif d'eau dans l'organisme.

P.-L. Marie.

M. S. Kaplinsky et **E. D. Schulmann.** ***A propos de la somnolence périodique et des accès périodiques de léthargie*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **85**, nos 3-4, 6 Mai 1935, p. 346-377). — Dans un travail précédemment analysé K. et S. ont rapporté des cas d'accès périodiques de léthargie durant 8 à 10 jours, caractérisés par un sommeil d'apparence normale, que l'étude des antécédents permettait de rattacher à l'épilepsie. Ils apportent ici une série d'observations nouvelles qui constituent une transition entre les cas précédents et l'épilepsie manifeste.

Un premier cas, semblable à ceux de la première publication par son évolution, mais ne comportant pas de sommeil profond, permet de poser non seulement le problème des accès de léthargie périodique, mais aussi celui de la somnolence périodique.

K. et S. relatent ensuite des accès familiaux de sommeil périodique se terminant par une amnésie complète pour toute la période de sommeil. Ces accès sont précédés d'une période prodromique assez longue, caractérisée par des symptômes parkinsoniens croissants, se montrant encore quelque temps après les accès, sans laisser derrière eux la moindre séquelle pouvant faire penser à de l'encéphalite épidémique.

Ils apportent encore un cas d'accès léthargique à début soudain, accompagné d'amnésie complète et de sensation de lourdeur et de courbature.

L'analyse de tous ces cas révèle non seulement qu'ils sont voisins de l'épilepsie, mais met encore hors de doute la nature épileptique des accès dans le dernier cas signalé.

Il semble s'agir d'une association du processus avec une sorte de foyer morbide se réveillant périodiquement, peut-être sous l'influence d'une modification dans le métabolisme et dans l'équilibre endocrinien.

Partant de ces considérations, il faut admettre l'existence du contraire de ces états d'hypersomnie périodique, à savoir d'une insomnie périodique encore mal connue.

P.-L. Marie.

BRATISLAVSKE LEKARSKE LISTY
(Bratislava)

K. Carsky (Bratislava). ***Indications et résultats du traitement opératoire de l'ulcère gastro-duodénal perforé*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, An. 15, no 5, Mai 1935, p. 728-739). — Au cours des années 1922-1933, 171 ulcères gastro-duodénaux perforés ont été opérés, dont 164 chez des hommes et 7, soit seulement 4,1 pour 100, chez des femmes.

La mortalité générale a atteint 30.4 pour 100.

109 malades ont subi la résection par le procédé Krönlein-Reichel; 21 sont morts, soit 19,2 p. 100.

62 malades ont été traités par la suture simple de l'ulcère complétée par une plastie épiploïque et parfois par une gastro - entéro - anastomose; 31 d'entre eux sont morts, soit 50 pour 100.

Dans les 12 premières heures, après la perforation, l'estomac a été réséqué selon les possibilités; 101 malades ainsi traités ont donné 11 décès, soit 10,89 pour 100.

Un examen ultérieur de contrôle a pu être fait de 61 opérés. 20 opérés, par la méthode conservatrice, présentent: 6 améliorations marquées, 14 ne ressentent plus les accidents qu'ils éprouvaient antérieurement, 3 ont, sur leur demande, subi la résection gastrique.

Sur 41 gastrectomisés revus, 38 sont en bonne santé, 3 déclarent leur état non amélioré.

P. Grisel.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

R. Dupouy. ***Le traitement rapide des toxicomanes par le démorphène*** (*Le Progrès Médical*, t. **42**, n° 23, 8 Juin 1935, p. 963-966). — Le traitement se compose essentiellement de 5 injections intra-musculaires par jour de « démorphène » c'est-à-dire d'une émulsion en sérum isotonique d'huile d'olive ricinée et lécithinée, avec adjonction d'insuline (30 unités par jour) et de sirop de sucre (60 gr. en ingestion).

Avant la cure, il faut diminuer le plus possible la dose de morphine ou d'héroïne, faciliter l'élimination des réserves et stimuler l'action du foie.

Sous l'influence du « démorphène », le gardénal agit avec beaucoup plus d'intensité et il faut n'employer que de faibles doses. Les sujets hypervagotoniques bénéficient de l'éphédrine et de l'hypophyse-adrénaline. Le plus souvent, on supprime d'emblée la morphine, l'opium et l'héroïne, mais lorsqu'on suppose que la suppression brusque sera difficilement tolérée, on conserve pendant quelques jours de petites doses d'opium. L'auto-hémothérapie associée a parfois une valeur indiscutable.

4 observations montrent l'efficacité de cette méthode thérapeutique. En général 5 jours sont nécessaires, quelquefois 4, quelquefois 6 à 7.

Le dernier acte de la cure de désintoxication est le plus important : il ne suffit pas d'amener un intoxiqué au zéro, mais il faut qu'il puisse y demeurer. Il faut chercher la cause et si elle doit persister, trouver son remède, sinon le malade récidivera.

Robert Clément.

G. Guillain. ***Les syndromes parkinsoniens d'origine syphilitique*** (*Le Progrès médical*, t. **42**, n° 23, 8 Juin 1935, p. 978-987). — 18 cas personnels de syndromes parkinsoniens peuvent être répartis en 3 groupes :

1° Syndromes parkinsoniens avec antécédents syphilitiques certains, mais dont le liquide céphalo-rachidien n'a pu être examiné ou a donné des réactions normales.

2° Syndromes parkinsoniens avec réactions syphilitiques positives dans le liquide céphalo-rachidien.

3° Syndromes parkinsoniens associés à des signes de la série tabétique. Bien qu'aucun malade n'ait présenté d'antécédents d'encéphalite épidémique, seuls les cas appartenant au 2e et au 3e groupe doivent être considérés comme atteints d'un syndrome neurologique d'origine syphilitique.

De l'ensemble de ces observations et de celles de la littérature médicale, on peut conclure que les syndromes parkinsoniens syphilitiques existent, mais qu'ils sont relativement peu fréquents. La syphilis ne paraît pas être la cause habituelle de la maladie de Parkinson des gens âgés et le fait de trouver chez certains d'entre eux l'antécédent d'un chancre syphilitique ne prouve pas que la maladie soit nécessairement d'origine syphilitique. Toutefois, dans ces cas, la syphilis a pu être un facteur étiologique, soit en créant au cours de l'existence une mésocéphalite aiguë, spécifique, transitoire, ayant déterminé une abiotrophie secondaire, soit en provoquant des lésions vasculaires artério-scléreuses chroniques.

Les véritables syndromes parkinsoniens syphilitiques s'observent surtout chez les gens relativement jeunes. On ne peut affirmer ce diagnostic que si les examens du liquide céphalo-rachidien sont positifs. Ces cas sont rares (9 observations personnelles).

Les syndromes parkinsoniens syphilitiques coexistent souvent avec des signes cliniques qui appartiennent à d'autres régions de l'encéphale, signes tabétiques, pyramidaux, psychiques, céphalées, etc...

Les signes oculogyres doivent presque toujours laisser soupçonner, même si le sujet a eu la syphilis, un syndrome post-encéphalitique; de même les dystonies d'attitudes associées doivent faire conclure à une encéphalite infectieuse non syphilitique. Le signe d'Argyll Robertson a une valeur indiscutable pour le diagnostic de la nature syphilitique du syndrome; cependant, il a été noté dans les séquelles de l'encéphalite épidémique.

Le traitement des syndromes parkinsoniens syphilitiques donne parfois des résultats favorables; si souvent, il ne modifie pas la symptomatologie parkinsonienne, il a une influence utile pour prévenir l'extension des lésions.

Robert Clément.

A. Clerc et **R. André.** ***Les images triangulaires de la base pleuro-pulmonaire droite dans leurs rapports avec l'existence possible d'un lobe cardiaque pathologique*** (*Le Progrès médical*, t. **42**, n° 27, 6 Juillet 1935, p. 1119-1157). — Chez une femme de 57 ans, une ombre triangulaire droite ne peut être attribuée qu'avec circonspection à l'existence d'un lobe cardiaque. L'aspect trop concave et sinueux du bord externe, l'absence d'épanchement pleural à la ponction, l'absence de dilatation bronchique après injection de lipiodol obligent à faire des réserves. Il semble qu'il s'agissait d'une inflammation aiguë de la partie juxta-vertébrale du poumon sans qu'on ait pu préciser ni la cause, ni la délimitation exacte de la condensation parenchymateuse.

Le lobe cardiaque est une entité anatomique parfaitement démontrée, bien qu'elle soit accessoire et inconstante et que d'autres segmentations voisines puissent exister; mais au point de vue clinique, même en ce qui concerne les images scissurales, les plus grandes réserves continuent à s'imposer.

Le diagnostic de lobite cardiaque devrait représenter actuellement non une affirmation, mais une simple supposition plus ou moins bien fondée. La pathologie de la bronche cardiaque et des tissus environnants garde son importance et il est à souhaiter que les efforts conjugués des cliniciens et des radiologues parviennent à clarifier cette question encore obscure.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Oppenheim et **Fessler.** ***L'eczéma des grands enfants qui lèchent leur lèvre inférieure*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. **6**, n° 6, Juin 1935, p. 496-500). — O. et F. ont observé 4 enfants qui étaient atteints d'un eczéma subaigu de la lèvre inférieure, revêtant la forme d'une bande horizontale, légèrement croûteuse, bien limitée dans sa portion inférieure, quelquefois séparée de la demi-muqueuse par une étroite bande de peau saine. La demi-muqueuse est quelquefois intéressée; dans un cas la lèvre supérieure était atteinte.

Dans tous ces cas, ces enfants mordaient leur lèvre inférieure ou la léchaient du bout de la langue.

Quant à l'enfant atteint d'eczéma de la lèvre supérieure, il léchait cette lèvre, dès qu'il n'était pas observé.

Il s'agit donc d'un eczéma dû à des causes mécaniques : morsures et frictions avec la langue; en d'autres termes c'est un *eczéma par léchage*.

Il importe de distinguer cette forme d'eczéma de l'*eczéma salivaire du nouveau-né*, caractérisé par sa localisation aux commissures, de l'*eczéma périorbiculaire des lèvres*, dû à la séborrhée, à l'hypersensibilité aux dentifrices, des *cheilites*, d'origine inconnue, telles que la *cheilitis exfoliativa*, avec vésiculation, desquamation et altérations épithéliales et la *cheilitis glandularis apostemosa*, dont les rapports avec le cancer sont très nets, les cheilites attribuées aux dentifrices, à l'éosine contenue dans les bâtons de rouge, au froid.

R. Burnier.

Gastinel, Delarue, Pulvenis et **Collard.** ***Du comportement des ganglions lymphatiques directement inoculés avec « treponema pallidum »*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. **6**, n° 6, Juin 1935, p. 501-509). — G., D., P. et C. se sont demandé comment se comportait le tissu ganglionnaire quand on y introduisait directement un matériel riche en tréponèmes.

Des expériences faites sur de nombreux lapins et cobayes, il résulte que l'introduction du virus syphilitique dans les ganglions périphériques inguinaux, poplités ou mésentériques, n'y détermine aucune lésion spécifique, au moins dans les délais des expériences, et ne s'y accompagne d'aucune pullulation de tréponèmes, à en juger par l'absence de formes typiques de ce parasite.

De plus, les ganglions sont avirulents par passage sous le scrotum d'un animal neuf.

Ces expériences, ainsi que celles de Levaditi, Vaisman et Schoen, démontrent donc la non-pullulation du spirochète directement inoculé dans le ganglion et même la non-virulence de ce dernier par transfert.

R. Burnier.

Gaté, Michel et **Dugois.** ***Recherches expérimentales sur la tuberculose cutanée et les tuberculides*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. **6**, n° 6, Juin 1935, p. 510-520). — G., M. et D. ont recherché systématiquement une série de tests chez 15 malades atteints de tuberculoses cutanées vraies (tuberculose ulcéro-végétante, tuberculose verruqueuse, lupus nodulaire, lupus mixte) et 28 cas de tuberculides (lupus érythémateux, tuberculides papulo-nécrotiques, érythème polymorphe, tuberculides douteuses, parapsoriasis, 6 cas de psoriasis).

Les *inoculations de sang en série au cobaye*, pratiquées dans 21 cas, la plupart avec 3 ou 4 passages successifs, n'ont donné que 3 résultats positifs (2 tuberculoses expérimentales du type Villemin, dans un lupus nodulaire au 2e passage et érythème induré au 1e passage et une tuberculose type Calmette-Valtis au 3e passage dans un cas de lupus exanthématique).

L'*hémoculture sur milieu de Lœwenstein* a été positive 29 fois sur 43 (67 pour 100) aussi bien dans les tuberculoses que dans les tuberculides.

Cette hémoculture a été positive dans les 3 cas de tuberculose verruqueuse, dans 6 cas de lupus nodulaire sur 11,5 cas de lupus érythémateux, sur 7,1 cas de sarcoïde, 2 tuberculides atrophiques ou nécrotiques sur 3, les 4 cas d'érythème induré, dans l'érythème noueux, le parasporiasis et 3 cas de psoriasis sur 6.

Le *séro-diagnostic d'Arloing et Courmont* a été positif 12 fois sur 13 cas de tuberculose cutanée; les réponses ont été plus inconstantes avec les tuberculides.

La *déviation du complément* a donné 10 cas positifs sur 33 cas examinés.

La *réaction de Vernes* à la résorcine a donné 11 cas positifs sur 25.

Les auteurs se gardent de conclure en se basant sur les résultats obtenus; de nouvelles recherches sont indispensables.

R. Burnier.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

A. Ombrédanne. ***Etudes sur le langage. Sur les premières manifestations du langage enfantin, et sur la prétendue loi de Fritz-Schultze*** (*L'Hygiène Mentale*, t. **30**, n° 4, Avril 1935, p. 69-90). — Le *cri*, première manifestation du langage, résulte d'un spasme respiratoire intense, réaction réflexe à un malaise.

Mais les « lallations », qui apparaissent vers l'âge de 6 semaines, en dehors des états de malaise, constituent un phénomène *ludique*, qui trouvent en défaut la loi du « moindre effort » de Fritz-Schultze.

Les lallations s'accompagnent de spasme de la glotte et de syncinésies, survivance des phénomènes toniques du cri.

G. d'Heucqueville.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Ch. J. Keller et H. Schoen. ***Recherche de la fluorescence sur les préparations sèches de liquide céphalorachidien humain*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 23, 8 Juin 1935, p. 817-820). — Après avoir constaté que chez les sujets sains ou malades certains érythrocytes présentent une fluorescence rouge, K. et S. ont eu l'idée de poursuivre des recherches analogues sur le liquide céphalo-rachidien qui s'est montré fluorescent sous l'influence de la lumière ultra-violette. Les constatations ainsi faites sur le liquide primitif ont conduit à examiner également à la lumière ultra-violette les préparations sèches faites suivant la méthode de Henning et Beck. On sait que ces préparations donnent un « réseau » de chlorure de sodium qui, dans les cas pathologiques, est entouré d'un anneau optiquement vide. A la lumière ultra-violette, ces préparations présentent une fluorescence d'un bleu blanc augmentant d'intensité vers le centre. Les gros cristaux sont ainsi rendus visibles et présentent au centre un axe non fluorescent. Sur la périphérie de ces préparations, la coloration change et devient striée de bleu vert ou de jaune vert.

Dans 50 cas pathologiques, il a été constaté que l'anneau périphérique prend une teinte verte généralement intense pouvant se mêler d'un peu de jaune ou au contraire d'un peu de bleu. Cette fluorescence périphérique des cas pathologiques est visible dans quelques cas où l'anneau, décrit par Henning et Beck, ne se voit pas du tout à la lumière ordinaire.

Il semble ainsi que, dans certains cas de ce genre, la fluorescence permet de différencier le liquide pathologique du liquide normal. Dans d'autres cas encore, cette zone périphérique s'est montrée d'un bleu intense et il s'agissait alors de méningite aiguë purulente ou tuberculeuse. Le chauffage à 100° paraît augmenter l'intensité de la fluorescence. L'irradiation avec des lampes à arc ou des lampes de quartz filtré ou non a eu les mêmes effets.

On ne saurait dire encore si la substance fluorescente est une flavine ou la vitamine B_2 ou un autre pigment fluorescent. La fluorescence des cristaux proprement dits ne saurait d'ailleurs pas être attribuée exclusivement au chlorure de sodium qui donne lieu, en lumière ultra-violette, à une fluorescence assez différente.

P.-E. Morhardt.

Ph. Bamberger et L. Wendt. ***Modifications de l'insuffisance circulatoire diphtérique par l'hormone cortico-surrénale et la vitamine C*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 24, 15 Juin 1935, p. 846-847). — En cas de diphtérie maligne, il survient à la fin de la première ou pendant la seconde semaine une insuffisance circulatoire sévère que ni les fortes doses de sérum ni les toni-cardiaques ne parviennent à prévenir. On constate fréquemment, soit au cours de l'autopsie de sujets morts dans ces conditions, soit expérimentalement chez les cobayes, des altérations des surrénales qui amènent à penser, étant donné l'inefficacité de l'adrénaline, à un rôle, dans ces phénomènes, de l'hormone de la cortico-surrénale et par conséquent aussi de la vitamine C qui est toujours abondamment représentée dans cet organe. Ces considérations ont amené B. et W. à utiliser les hormones de cortico-surrénale modernes et l'acide ascorbique dans 8 cas de diphtérie sévère.

Il est donné 5 de ces observations dont voici la première: enfant de 8 ans; entré au 4e jour avec une diphétrie sévère; dépôts épais gris-blanc; luette tuméfiée et en partie nécrosée; ganglions tuméfiés avec œdème périganglionnaire. On administre 30.000 unités antitoxiques. Le lendemain, pouls petit, mou et lent; pâleur. Le 11e jour après l'entrée, le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigts; vomissements; apathie. On donne 500 milligr. de vitamine C et 6 cmc d'extrait de cortico-surrénale, dose qui est renouvelée le lendemain. Le 13e jour, après l'entrée, le pouls est plein, tendu, le rebord du foie est palpable; pas de sensations subjectives. Guérison.

Les phénomènes ont été analogues dans les 4 autres cas. Mais, par contre, 3 enfants ne purent être sauvés bien que chez eux la mort semble avoir été retardée de 4 à 5 jours, une amélioration nette de plusieurs heures étant survenue pendant les premiers temps du traitement après chaque injection. D'ailleurs, ces enfants n'ont pas succombé à la mort précoce par diphtérie dans laquelle la conscience est conservée jusqu'aux derniers moments, bien qu'il y ait une angoisse de mort et des douleurs cardiaques. D'autre part, les constatations électrocardiographiques ont montré chez les malades traités sans résultat un bloc complet qui n'existait pas chez les enfants qui n'ont pas succombé.

Jusqu'ici, B. et W. n'ont pas utilisé cette thérapeutique d'une façon systématique. Mais ils croient qu'étant donné les résultats remarquables obtenus par eux, on peut recourir à ces médicaments dès le début de la maladie dans tous les cas de diphtérie sévère.

P.-E. Morhardt.

Oskar Zimmermann. ***Angine de poitrine en cas d'anémie sévère.*** 1re communication (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 24, 15 Juin 1935, p. 847-852). — Etant donné l'intérêt qu'il y a à connaître le rôle de l'hypoxémie dans la pathogénie de l'angine de poitrine, Z. a étudié les sensations cardiaques subjectives présentées par 250 cas d'anémie sévère observés à la clinique de Jagic. Ces patients accusaient tous un taux d'hémoglobine inférieur à 50 pour 100, selon Sahli, avec un nombre d'érythrocytes inférieur à 3 millions. Sur ce nombre, il en est 57 qui ont présenté des sensations particulières dans la région du cœur. Mais 31 de ces cas doivent être éliminés, car il s'agissait simplement de palpitations, de sensation de piqûres, de tiraillements ou de légère oppression qui n'avaient rien à faire avec l'angine de poitrine. Par contre, dans 18 cas, il s'agissait d'angine de poitrine typique et dans 8 cas d'angine de poitrine non typique.

En rangeant ces 26 cas suivant le degré de l'anémie, on ne constate pas que celui-ci ait une influence sur la fréquence des accidents angineux. Si on tient compte de l'âge, on constate que les 2/5 des malades étaient âgés de moins de 45 ans et que, dans ce groupe, il en était seulement 2 à 4 pour 100 qui présentaient des troubles angineux. Par contre, pour le groupe de malades âgés de plus de 45 ans et faisant les 3/5 de tous les cas, la proportion des troubles angineux a été de 10,7 à 14,7.

Dans les 27 cas d'anémie très sévère avec taux d'hémoglobine inférieur à 20 pour 100 ou nombre d'érythrocytes inférieur à un million, on a trouvé d'abord près de 60 pour 100 d'anémie pernicieuse et une absence à peu près complète de phénomènes angineux. L'âge de ces malades est en moyenne de 50 ans, inférieur à l'âge moyen des sujets atteints d'angine de poitrine qui est de plus de 57 ans. Dans 16 cas qui ont été autopsiés, il a été constaté le plus souvent une dégénérescence graisseuse importante du myocarde qui était tigré, mou et friable. Dans un seul cas, le décès a été provoqué par une crise d'angine de poitrine et il a été constaté de l'aortite et une sténose syphilitique des coronaires. Dans 4 cas d'anémie pernicieuse, les constatations ont été négatives et dans 13 cas d'anémie secondaire parmi lesquels figuraient 4 malades atteints de phénomènes angineux, on a trouvé toutes les fois, sauf une, des altérations pathologiques.

Chez un homme de 64 ans, qui avait 30 p. 100 d'hémoglobine et qui présentait à l'autopsie une sclérose des coronaires importante, il n'a été constaté pendant la vie aucun trouble angineux.

De ces recherches, Z. conclut que des anémies sévères peuvent parfois agir en favorisant l'apparition de symptômes d'angine de poitrine quand il existe des dispositions organiques par trouble de l'irrigation des coronaires ou par modification de la réactivité du système nerveux végétatif. Sans cette disposition, l'anémie paraît ne pas avoir d'influence. Cependant, la maladie de Biermer s'accompagnerait d'une disposition particulière due à l'hypoxémie en même temps qu'à des influences toxiques ou peut-être neuro-toxiques.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE
(Berlin)

Olivecrona et Urban. ***Sur le méningiome de l'ethmoïde*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 2, Mars 1935, p. 224-254). — Les méningiomes de l'ethmoïde sont des tumeurs relativement rares; sur 729 cas de tumeurs cérébrales observées par O. et U., il s'agissait dans 125 cas de méningiomes (soit 17,4 pour 100) et dans 9 cas la localisation était ethmoïdale, soit 7,2 pour 100.

Observation 1. — Homme de 57 ans; méningiome bilatéral de l'ethmoïde, avec anorexie depuis quatre ans; scotome central de l'œil droit avec troubles psychiques; céphalées depuis un an; stase papillaire incertaine; phénomènes démentiels. Le diagnostic fut posé par la radiographie avec ventriculographie. Intervention sous anes-

thésie générale à l'avertine; ablation d'un méningiome mesurant 13 cm. de long sur 6 de large; amélioration rapide des troubles psychiques après l'intervention et deux mois après le malade pouvait reprendre ses occupations, ne présentant plus qu'un affaiblissement de l'acuité visuelle à droite.

Observation II. — Femme de 55 ans; méningiome bilatéral de l'ethmoïde; depuis deux ans, céphalée frontale et pariétale; vertiges, atrophie optique bilatérale; pas de troubles psychiques. Examen radiographique et ventriculographie positifs. Extirpation de la tumeur; décès au bout de 48 heures avec accidents hyperthermiques.

Observation III. — Femme de 34 ans; méningiome de la partie gauche de l'ethmoïde. Troubles depuis 3 ans avec céphalée frontale droite; diminution de l'acuité visuelle droite. Depuis un an: crises épileptiques, vertiges, vomissements, léger affaiblissement de la mémoire, sans troubles psychiques. Stase papillaire bilatérale, plus marquée à gauche qu'à droite. Image opaque à la radiographie et à la ventriculographie. Extirpation. Guérison.

A la suite de ces trois interventions, O. et U. exposent le diagnostic clinique, le diagnostic radiographique et la technique de l'exérèse par voie frontale avec résection d'une partie du lobe frontal que O. et U. considèrent comme sans danger, à condition qu'elle ne soit pas trop étendue du côté gauche. L'ablation de ces tumeurs se fera avec l'aide de l'instrumentation électrique; elles se laissent facilement séparer des nerfs optiques. La dure-mère est complètement suturée et l'espace extra-dural sera drainé pendant 48 heures par un petit drain « cigarette ». Sur 9 cas opérés, 8 ont survécu dont 3 avec amaurose et 4 avec disparition unilatérale d'un champ visuel.

J. Sénèque.

Kux (Innsbrück). ***Sur la prétendue thrombose traumatique des veines humérale et axillaire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 2, Mars 1935, p. 286-292). — K. publie avec quelques commentaires quatre observations d'inégal intérêt sur la prétendue thrombose traumatique des veines axillaire et humérale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 29 ans qui, à la suite d'un violent traumatisme du pied gauche, vit apparaître une thrombose des veines de la jambe gauche. Le jour de sa sortie de l'hôpital, il est pris de dyspnée, d'angoisse avec suffocation, troubles cardiaques, gonflement des deux jambes avec le lendemain douleurs dans le bras droit, où le pouls radial est à peine perceptible. L'auscultation cardiaque permit de percevoir un souffle systolique de la pointe. Traitement par le repos et surélévation du membre; rétrocession des troubles au bout de 10 semaines. Ainsi que le reconnaît K., il s'agissait dans ce cas de phénomènes de thrombose par décompensation chez un malade porteur d'une sténose mitrale.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de 29 ans qui, à la suite d'un traumatisme du bras droit, vit quelques jours après ce membre supérieur augmenter de volume, présenter une coloration rosée, être douloureux, tandis que quelques ganglions devenaient perceptibles dans l'aisselle où l'on pouvait percevoir un cordon douloureux le long de la veine axillaire. Un an et demi après, le malade n'était toujours pas guéri, et, à la suite du traitement par le repos et l'élévation du membre, il avait présenté successivement des périodes d'amélioration et de rechutes sans pouvoir reprendre entièrement son travail.

Le troisième cas concerne un canonier qui, à la suite d'un travail pénible au cours d'exercices, fut pris de faiblesse, douleurs et gonflement du bras gauche. A l'examen, on constate un cordon rouge et douloureux sur le côté interne du bras avec adénopathie axillaire. Le traitement conservateur et radiographique améliore d'abord ce malade, puis nouvelle aggravation et apparition des mêmes troubles du côté droit. Une veinographie à l'aide de ténébryl, poussée dans la veine cubitale, montre une thrombose des veines humérale et axillaire droites ainsi que de la veine sous-clavière. 7 mois après, l'état ne s'était toujours pas amélioré.

Le dernier cas, enfin, concerne un homme de 24 ans qui, à la suite d'un effort, vit apparaître une phlébite du bras droit, puis du membre supérieur gauche. 7 jours après, tous les troubles avaient disparu.

K. n'est intervenu dans aucun de ces cas, de pathogénie du reste différente, mais où la stase et le ralentissement du courant veineux semblent jouer un rôle.

J. Sénèque.

Filatov, Majanc, Kartasevkij, Doepp (Léningrad). ***Remarques sur la transfusion du sang et ses résultats d'après 1242 cas*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 2, Mars 1935, p. 309-324). — F., M., K., D. apportent les résultats de 1.242 transfusions se rapportant à 880 malades. Ces transfusions peuvent être divisées en quatre groupes: 402 cas de transfusions de sang pur, 554 cas de transfusions de sang citraté, 242 cas de transfusions de sang conservé et 44 cas de réinfusion de sang épanché dans la grande cavité péritonéale. Ces transfusions ont été pratiquées pour des hémorragies aiguës (107), pour des hémorragies chroniques (111), avant et après les interventions chirurgicales (253), pendant l'intervention (20), pour shock (72), pour maladies du sang (55), pour empoisonnements (29), pour occlusion intestinale (20), pour infections généralisées (135), pour brûlures (20), pour hémorragies silencieuses (204), pour cholémie et acholie (57), pour maladies cutanées (23), enfin pour affections diverses (136).

Sur 218 cas de transfusions pratiquées pour des hémorragies aiguës et chroniques: 63 cas pour hémorragies aiguës (ulcères de l'estomac hémorragiques, hémorragies de cause traumatique après l'accouchement), on note: 55 bons résultats, soit 87 pour 100, 3 résultats relatifs et 5 résultats nuls, soit 13 pour 100. Sur 44 d'hémorragies aiguës (pour rupture et grossesse tubaire ou rupture d'un viscère plein), on note: 42 bons résultats, soit 95 pour 100 et 2 résultats nuls, soit 5 pour 100. Sur 11 cas d'hémorragies chroniques (hémorragies utérines, gastriques, nasales), on note 91 bons résultats, soit 82 pour 100, 18 résultats relatifs et 2 résultats nuls, soit 18 pour 100.

Sur 72 cas de transfusions pour shock: 29 cas de shock post-opératoire avec 9 bons résultats, 12 résultats relatifs et 8 résultats nuls; 43 de shock post-traumatique avec 20 bons résultats, 10 résultats relatifs et 13 résultats nuls; dans l'ensemble, 40 pour 100 de bons résultats et 60 pour 100 de mauvais.

Sur 29 transfusions pour 22 cas d'empoisonnements, on relève 17 décès et 5 guérisons seulement.

Sur 12 cas de brûlures ayant nécessité 20 transfusions, on note 4 guérisons et 8 morts (par toxémie et par shock).

Sur 204 cas d'hémorragies silencieuses (ulcères gastro-duodénaux: 71, hémorragies utérines: 59; typhus: 26; hémorragies secondaires septiques: 20; hémophilie: 6); cas divers (hémorragies nasales, dentaires: 22) avec 140 bons résultats: 69 p. 100; 37 résultats relatifs: 18 pour 100 et 27 résultats nuls: 13 pour 100.

J. Sénèque.

Beyer (Leipzig). ***Sur l'apparition d'œdèmes, de troubles de la motilité et de la sensibilité après les opérations radicales pour cancer du sein*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 3, Avril 1935, p. 347-361). — L'intéressant article de B. comporte deux parties distinctes; dans la première, il étudie les résultats immédiats et éloignés des opérations pour cancer du sein; dans la seconde, il envisage les troubles secondaires qui peuvent survenir après ces interventions et spécialement: les œdèmes, les troubles de la motilité et de la sensibilité.

Sur 160 malades, ayant subi l'amputation du sein pour cancer entre 1925 et 1933, il y a eu 12 morts post-opératoires, soit une mortalité de 7,5 pour 100. 6 de ces malades sont mortes d'embolie pulmonaire post-opératoire; une malade est morte 2 jours après l'intervention des suites d'un érysipèle, une autre 3 semaines après par pneumonie, une troisième 4 semaines après par inflammation pulmonaire; dans 2 cas, l'autopsie n'a pu être pratiquée; dans le 12e cas, enfin, il s'agissait d'une récidive dans le sein opposé.

Sur les 148 malades ayant survécu à l'intervention, 28 sont mortes la première année (18,9 pour 100), 15 la deuxième année (10,1 pour 100), 14 la troisième année (9,5 pour 100), 8 la quatrième année (5,4 pour 100), 5 la cinquième année (3,4 pour 100), 1 au delà de 5 ans (0,7 pour 100).

Sur les 77 malades, ayant survécu au delà de 5 ans, 58 ont pu être revues par B. et 8 ont répondu à l'interrogatoire; B. a donc pu avoir des renseignements sur 66 malades, soit 41 pour 100 des cas opérés.

En ce qui concerne les résultats éloignés, B. a étudié chez ces opérés les œdèmes du membre supérieur, les troubles de la motilité et de la sensibilité.

Œdèmes du membre supérieur. Sur les 66 malades revues, 30 ne présentaient aucun gonflement du membre supérieur, tandis que 36 présentaient cette complication. Dans 22 cas, l'œdème ne dépassait pas la région du coude et la gêne fonctionnelle était minime; dans 14 cas, l'œdème était accentué et le membre supérieur du côté opéré présentait une augmentation toujours supérieure à 2 cm. par rapport au côté sain (cette augmentation a été parfois de 7, 8 ou 9 cm.). Sur ces 36 cas, l'œdème était 4 fois cyanotique et 32 fois blanchâtre.

Alors que, dans 9 cas, l'œdème était peut-être en rapport avec une récidive ou une métastase, dans les 27 autres cas, il ne s'agissait certainement ni de récidive, ni de métastase; la pathogénie de ces œdèmes est parfois difficile à expliquer, et c'est ainsi que dans un cas il n'a commencé à se manifester que deux ans après l'intervention. La résection de la veine axillaire n'y prédispose pas fatalement, car dans un cas où la veine fut réséquée sur 10 cm. il n'y eut pas d'œdème, alors que dans d'autres cas il s'est manifesté sans que la veine ait été lésée. Au point de vue thérapeutique, on a préconisé des injections de pepsine, la radiothérapie, la résection de la clavicule (qui, dans 2 cas, a donné une amélioration).

Les troubles de la motilité du membre supérieur ont été traités dans 24 cas, soit 36,3 pour 100, sous forme de troubles légers dans l'élévation du bras. Dans 2 cas seulement, ces troubles étaient accentués, le bras ne pouvant être élevé au delà de 90°. Sur 12 cas, où il fallut réséquer le nerf du grand dentelé, il n'y eut aucun trouble dans 10 cas et sur 14 résections du nerf du grand dorsal dans 1 cas seulement se manifestèrent des troubles de la motilité.

Les troubles de la sensibilité sont notés dans 42 cas, soit 63, 6 pour 100 sous forme de petits troubles associés dans 30 cas à l'œdème ou une rétraction de la cicatrice. Dans 8 cas, les troubles douloureux étaient en rapport avec une cicatrice ou une métastase.

J. Sénèque.

Jaksa Racic (Split). ***Sur l'échinococcose osseuse*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 3, Avril 1935, p. 411-423). — R. publie deux observations d'échinococcose osseuse du bas-

sin, à allure grave puisque ces 2 cas se sont terminés par la mort.

La première observation concerne une femme de 38 ans, se plaignant depuis 10 ans de douleurs dans le membre inférieur droit ayant abouti finalement à une impotence complète. A l'examen, on constate un raccourcissement du membre inférieur droit et au niveau du paramètre droit l'existence d'une tumeur fixée, de consistance élastique, ayant les dimensions d'une tête d'enfant. On pose le diagnostic de paramétrite suppurée. A l'intervention, par une incision parallèle à l'arcade, on découvre une cavité pleine de vésicules hydatiques avec membranes et le palper montre le point de départ osseux des lésions.

Dans les suites post-opératoires, fistule et suppuration abondante. L'examen radiographique pratiqué montre alors des lésions destructives extrêmement étendues sur toute la moitié droite du bassin avec luxation centrale de la tête fémorale. Mort par septicémie 6 semaines après l'intervention.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une femme de 35 ans qui présente depuis un an des douleurs dans la hanche et la cuisse gauches; on perçoit l'existence de saillies osseuses anormales au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure et la radiographie pratiquée montre que toute l'extrémité supérieure du fémur et la moitié gauche du bassin sont le siège d'une lésion d'aspect kystique permettant de porter le diagnostic d'échinococcose osseuse.

La malade est en même temps enceinte de 1 ou 2 mois. Incision dans la région de la cuisse, dans la région où le gonflement est le plus marqué: Issue de sérosité louche, de fragments osseux, de membranes. Dans les suites opératoires, apparition d'un état septique, avortement (fœtus de 4 mois) et mort 3 mois après l'intervention.

Dans le premier cas, l'échinococcose présentait un type infiltrant; dans le deuxième, un type polykystique.

J. Sénèque.

Dick (Prague). ***Péritonite par infection secondaire au cours d'une lymphogranulomatose inguinale (Maladie de Nicolas-Favre)*** [*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 3, Avril 1935, p. 453-458]. — La complication observée par D. (phénomènes péritonéaux dans l'évolution d'une lymphogranulomatose inguinale) est extrêmement rare; Reiss en aurait rapporté 2 cas dans lesquels une infection secondaire à streptocoques aurait provoqué des phénomènes septiques dans le premier cas, un phlegmon dans le second; l'observation de D. serait la troisième.

Un homme de 44 ans vient consulter pour une adénopathie inflammatoire de l'aine droite et les signes cliniques sont en faveur de la maladie de Nicolas-Favre; une réaction de Frei pratiquée se montre positive. Après incision biopsique, apparition d'une fistule et au bout de quelques semaines la température s'élève brusquement; dans l'exsudat on trouve des streptocoques en culture pure; quelques jours après, vomissements, sensibilité abdominale droite faisant penser à une appendicite, puis signes de péritonite diffuse. La laparotomie, aussitôt pratiquée, montre un exsudat trouble avec streptocoques; l'appendice est normal; les lymphatiques rétro-péritonéaux sont très augmentés de volume et sont certainement le point de départ de la péritonite. Mort au 2e jour. L'autopsie est venue confirmer l'intégrité de tous les organes de la cavité abdominale et l'origine ganglionnaire de la péritonite.

J. Sénèque.

Jehn (Marburg). ***L'évolution et l'avenir du plombage pulmonaire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 3, Avril 1935, p. 489-506). — Après avoir exposé au début de cet article l'historique du plombage pulmonaire, J. publie un cas personnel remontant à 1928 pour tuberculose pulmonaire bilatérale; J. fit, le 10 Août 1928, sous anesthésie locale, un plombage à la paraffine du côté gauche après résection des 4e et 5e côtes gauches; la masse injectée fut de 400 cmc; un mois après, opération identique du côté droit. Le plombage amena une bonne compression des sommets, mais si le malade quitta la clinique en bonne santé, il mourut ensuite par accentuation du processus tuberculeux.

En 1930, Frischbier a pratiqué avec succès un plombage bilatéral pour tuberculose et un nouvel examen aux rayons a montré la disparition des cavernes.

Le plombage trouve ses indications dans la tuberculose pulmonaire quand les adhérences empêchent le collapsus, quand les parois et la caverne sont rigides ou quand les procédés traumatiques n'ont pas donné de résultat. Il faut, pour y recourir, que la paroi de la caverne ait une certaine épaisseur, car il faut craindre dans le cas contraire la perforation avec pénétration du plombage dans le poumon.

Une autre complication réside dans l'infection du plombage, l'apparition d'un exsudat et sa suppuration.

A côté de ses indications dans la tuberculose, le plombage est également très utile dans la dilatation des bronches où il constitue même un procédé de choix. J. a eu recours cinq fois à cette méthode chez des bronchectasiques; le malade le plus âgé avait 46 ans, le plus jeune 17 ans. Il ne publia qu'une seule de ses observations dans laquelle le résultat fut satisfaisant.

Le plombage donne également de brillants résultats dans le traitement pré-opératoire pour l'ouverture des abcès pulmonaires.

Dans les mains de Sauerbruch, cette méthode a ramené la mortalité de 60 pour 100 à 12 pour 100.

J. Sénèque.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Marquardt. ***Les dermatoses par hypersensibilisation et leurs relations avec le système nerveux végétatif*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 15, 13 Avril 1935, p. 409-416). — On a longuement discuté sur les rapports entre les dermatoses par sensibilisation (eczéma, prurigo, urticaire) et le système neuro-végétatif.

M. a examiné les réactions produites par les injections intraveineuses d'atropine chez 60 malades (39 hommes et 21 femmes): 34 eczémas, 20 dermatoses non eczémateuses, 6 urticaires. Il note 26 hypoamphotoniques, 7 hyperamphotoniques, 3 hypersympathicotoniques, 4 hyposympathicotoniques, 4 hypovagotoniques, 2 hypervagotoniques, irrégulièrement répartis parmi les diverses dermatoses.

M. fait une autre série d'expériences sur un sujet à sensibilité cutanée normale; on étudie chez lui les réactions à l'adrénaline, à la pilocarpine, à l'atropine, puis on le rend sensible à une substance donnée (l'ursol) et on répète les mêmes épreuves. Les résultats restent les mêmes pour l'atropine et l'adrénaline; les réactions à la pilocarpine furent plus vives après sensibilisation.

R. Burnier.

Aretz. ***Traitement du pemphigus par la germanine*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 15, 13 Avril 1935, p. 417-420). — De nombreux travaux allemands ont déjà paru sur le traitement des pemphigus par la germanine (Bayer 205).

Les injections doivent être prudemment faites à doses faibles: 0 gr. 4, 0 gr. 5 pour arriver ensuite à 1 gr.; la dose totale ne devant pas dépasser 6 à 7 gr.

Ce médicament, assez toxique, peut, en effet, déterminer des néphrites, de la rétention d'urine, du purpura, une dermite eczémateuse prurigineuse; on lui a attribué plusieurs accidents mortels.

A. a employé la germanine dans 2 cas de pemphigus vulgaire et la guérison fut obtenue. Dans 4 autres cas, la mort survint malgré le traitement; 2 malades de 76 et 72 ans étaient dans un état cachectique grave, la 3e était enceinte et avait un diabète grave; la 4e, âgée de 63 ans, reçut 2 injections intraveineuses de 0 gr. 5 et 1 gr. sans réaction, puis mourut brusquement le soir de la 2e injection; l'autopsie fut refusée.

R. Burnier.

Spiethoff. ***Statistique des maladies vénériennes*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 17, 27 Avril 1935, p. 465-477). — S. publie une statistique très détaillée et comparative des maladies vénériennes observées en Allemagne en 1927 et en 1934; la régression est de 40,9 pour 100.

Le nombre des cas de *blennorragie* récente s'élevait en 1927 à 248.900; il est tombé en 1934 à 159.600, soit une régression de 38,6 pour 100; la blennorragie chronique est passée de 26.500 à 15.100 (45 pour 100); la blennorrhée de 1.600 à 700 (45 pour 100).

Le *chancre mou* est passé de 7.000 à 3.200 (59,2 pour 100); la *syphilis* primaire de 19.500 à 10.000 (51 pour 100); la syphilis secondaire en activité de 29.700 à 16.000 (47 pour 100); la syphilis secondaire latente de 25.900 à 16.700 (39,5 p. 100) et la syphilis héréditaire de 7.100 à 4.000 (48,3 pour 100).

En ce qui concerne la *répartition des maladies vénériennes suivant le sexe*, on note pour la *syphilis* 68 pour 100 d'hommes et 32 pour 100 de femmes en 1913, 59 pour 100 d'hommes et 41 pour 100 de femmes en 1919, 57 pour 100 d'hommes et 43 pour 100 de femmes en 1927 et 54 pour 100 d'hommes et 46 pour 100 de femmes en 1934.

Pour la *blennorragie*, on compte 78 pour 100 d'hommes et 22 pour 100 de femmes en 1913, 71 pour 100 d'hommes et 29 pour 100 de femmes en 1919, 73 pour 100 d'hommes et 27 pour 100 de femmes en 1927, et 69 pour 100 d'hommes et 31 pour 100 de femmes en 1934.

S. estime que la blennorragie de l'homme et de la femme conduit à la stérilisation des époux dans 25 pour 100 des cas; ce qui fait en Allemagne une perte de naissances de 35 à 40.000 enfants par an.

La syphilis cause annuellement des milliers de mort-nés et d'avortements. Parmi les hérédo-syphilitiques survivants, on a noté à l'orphelinat de Berlin une mortalité de 25 pour 100.

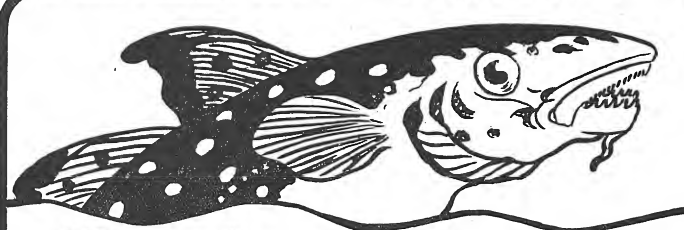
Au point de vue intellectuel, on compte 2,4 pour 100 d'enfants idiots, 7,9 pour 100 d'enfants très arriérés et 45,6 pour 100 d'enfants peu arriérés.

S. estime à 15.000 par an le nombre des cas de morts dus à la syphilis acquise.

R. Burnier.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. Bohn, A. Friedsam et **F. Hahn.** ***La question de la vraie et de la pseudo-créatinine du sang et de l'urine*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **56**, n° 22, 1er Juin 1935, p. 465-473). — Quand on considère le rôle important que joue la créatine sous forme de phosphagène ou acide créatine-phosphorique dans le fonctionnement des muscles, on s'étonne des rapports peu évidents avec les fonctions musculaires révélés par les recherches modernes faites sur la créatine et la créatinine. C'est que, d'après B., F. et H., la méthode de Fo-



lin, telle qu'on l'emploie actuellement, a l'inconvénient de doser, à côté de la créatine et de la créatinine véritables, des corps analogues (pseudo-créatine et pseudo-créatinine) qui donnent dans ces conditions des réactions colorées semblables. Avec les modifications proposées, on ne doserait que les vraies créatine et créatinine. Si l'on dose la créatinine sous forme de picrate, on constate que le sang n'en contient pas de quantités mesurables à l'état normal, mais dans l'urémie on en trouve des quantités notables, et parfois considérables. Quant à la créatine vraie, sa quantité dans le sang n'est que le tiers de celle que l'on donne comme normale, le reste étant représenté par de la pseudo-créatine. Elle augmente dans les myopathies.

Certains auteurs ayant critiqué la méthode de B., F. et H., ils répondent ici aux objections faites. Ils insistent surtout sur la nécessité de transformer la créatine en créatinine à basse température (60°) et en présence de HCl; en procédant autrement, on dose des pseudo-créatines à côté de la créatine vraie.

Chez les hypertendus pâles, ils ont constaté que le taux de la créatine du sang est notablement moins élevé que chez les sujets normaux. Si l'on fait usage de hautes températures, on dose dans l'urine des malades ayant de la créatinurie des pseudo-créatines, à côté de la créatine vraie.

Toutefois les auteurs, à la suite de nouvelles recherches (Linneweh), ont abandonné l'hypothèse qu'ils avaient émise, à savoir que la créatinine dite préformée du sang serait exclusivement de la pseudo-créatinine.

P.-L. Marie.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Zech. ***Expérimentation de la séro-réaction de Meinicke dans la tuberculose*** (*Zeitschrift für Tuberculose*, t. **73**, n° 1, 1935, p. 16-21). — Z. rapporte les résultats qu'il a obtenus en appliquant la séro-réaction de Meinicke dans la tuberculose pulmonaire, ainsi que dans quelques cas de bacillose non respiratoire. Ces recherches portent sur 239 malades (dont 14 atteint de tuberculoses diverses), et sur 240 témoins. Les conclusions de cette expérimentation sont nettement favorables à la méthode: pas de résultats positifs chez les sujets indemnes; une réaction fortement positive ou même moyennement positive indique un foyer en activité. Là, comme ailleurs, les réactions faiblement positives n'ont pas une signification précise.

Si l'on étudie les réactions suivant les catégories de malades envisagés, on trouve les résultats suivants: sur 143 cas de tuberculose chronique, ouverte, cavitaire, non fébrile ou subfébrile, 78 réactions fortement positives, 17 moyennement positives, 66 faiblement positives, 20 négatives. Sur 39 cas de bacillose grave, cavitaire, ouverte, fébrile, 14 fortement +, 7 moyennement +, 25 faiblement + , 10 négatives. Il apparaît que ce sont les formes chroniques, « cirrhotiques », qui sont les plus riches en anticorps; les formes aiguës au contraire aussi bien que les formes légères et récentes donnent des résultats négatifs. Des résultats intéressants sont relatés dans la tuberculose cutanée et dans 3 cas de tuberculose génitale.

G. Basch.

Zorn. ***La signification de la teneur en chlorures de l'expectoration*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **73**, n° 1, 1935, p. 21-31). — Z. a déterminé le taux du NaCl chez de nombreux malades atteints d'affections chroniques diverses des voies respiratoires. Voici les conclusions auxquelles il aboutit: les bronchitiques chroniques et les sujets atteints de bronchectasies expectorent des quantités identiques de NaCl, se rapprochant de la normale; il apparaît donc qu'en ce qui concerne la 2e catégorie de sujets, le régime sans sel n'est pas particulièrement indiqué. Les malades atteints d'abcès du poumon expectorent peu de NaCl, ce qui s'expliquerait par une rétention de ce corps dans l'abcès; au contraire, la quantité est normale dans la gangrène pulmonaire. Chez les tuberculeux, il faut distinguer des catégories: les sujets atteints de processus exsudatifs en évolution paraissent présenter une certaine rétention chlorurée si l'on augmente le taux du NaCl ingéré; au contraire, dans les processus productifs et cirrhotiques, la teneur de sel est directement proportionnelle à l'alimentation. Quant aux cas traités par le pneumothorax, ils présentent une teneur normale, comme si cette intervention agissait indirectement en régularisant l'exerétion du sel par les crachats. Il y aurait donc lieu, dans les cas où l'on observe une rétention du NaCl, de mettre en œuvre le régime de Sauerbruch.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Homma et Chaglassia. ***Sur un cas de « lymphogranulome inguinal » d'origine extra-génitale chez une infirmière*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 15, 12 Avril 1935, p. 464-466). — Les formes extra-génitales de la maladie de Nicolas-Favre sont assez rares: on a rapporté quelques cas de chirurgiens s'étant infectés lors de l'extirpation de ganglions lymphogranulomateux, un cas de Kurth-William avec ulcérations de la langue et adénite cervicale. H. et C. rapportent l'observation d'une infirmière de 22 ans qui présenta après une piqûre de la pulpe du doigt un ganglion épitrochléen dont l'examen histologique montra des lésions se rapprochant de la maladie de Nicolas-Favre, et chez laquelle fut retrouvée tardivement une réaction de Frei nette et prolongée.

G. Basch.

Halpern. ***Au sujet de l'épilepsie du lobe frontal*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 18, 3 Mai 1935, p. 556-560). — L'épilepsie secondaire aux lésions du lobe frontal est une des moins connues, bien que Förster ait montré que l'excitation électrique du lobe frontal avait une action convulsivante des plus typiques, à condition d'appliquer cette excitation dans la région centrale. H. rapporte à ce propos l'observation d'un homme de 34 ans blessé en 1917 d'un coup de feu dans la partie gauche du lobe frontal; il s'agissait d'une plaie pénétrante avec issue de matière cérébrale. Après une semaine de coma, le blessé fut aphasique pendant quelques mois. Ce n'est qu'au bout de 8 ans qu'apparurent des crises épileptiques débutant par un mouvement de rotation de la tête et du corps vers la droite, avec morsure de la partie droite de la langue. L'examen radiologique montra une perte de substance au-dessus de l'orbite gauche, et la présence de nombreux corps étrangers métalliques. Le caractère particulier de cette épilepsie frontale est *le mouvement de rotation* retrouvé dans 3 autres observations que rapporte H., ce qui semble prouver que le lobe frontal joue un rôle important dans l'équilibration et le sens de la direction.

G. Basch.

Zak. ***Thrombose coronarienne*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 21, 24 Mai 1935, p. 735-740). — La douleur qui témoigne d'une thrombose coronarienne n'est pas une angine d'effort, mais revêt souvent l'aspect d'une angine de decubitus réveillant le malade en pleine nuit: douleur souvent intense à irradiation cervicale, avec refroidissement, sueurs froides, etc. Dans certains cas, la localisation abdominale prête à de nombreuses erreurs de diagnostic. A ces signes, s'ajoutent une hypotension marquée qui constitue un signe précieux et contraste avec l'hypertension habituelle du sujet, ainsi qu'une tachycardie notable; on note en outre de la dyspnée avec parfois respiration de Cheyne-Stokes. Les phénomènes bulbaires consistent encore en glycosurie. L'examen objectif est généralement peu démonstratif: parfois un souffle systolique de la pointe, souvent un assourdissement du 1er bruit à la pointe, avec rythme de galop; un frottement péricardique est plus rarement entendu. Il faut ajouter encore à ces signes, d'ailleurs classiques, la fièvre, la leucocytose, l'accélération du temps de sédimentation. L'électrocardiogramme enfin montre l'onde de Pardee. La mort survient dès le début de la crise dans environ 50 pour 100 des cas.

Plus on s'éloigne de ce début, plus le pronostic s'améliore. Quant au traitement, il consiste dans l'administration de morphine et d'opium auquel on adjoint les tonicardiaques.

G. Basch.

Lux. ***Etat actuel de la thérapeutique par les ondes courtes*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 22, 31 Mai 1935, p. 772-776). — Parmi les applications des ondes courtes, L. signale particulièrement le traitement des anthrax et furoncles dont il rapporte diverses observations; même dans la furonculose invétérée il a eu de bons résultats; l'action analgésique de ce traitement faisant disparaître rapidement la sensation de tension lui paraît spécialement remarquable. Dans les névrites, les névralgies, il a observé également de bons résultats, surtout dans celles des membres inférieurs. Par contre, la claudication intermittente par artérite est peu influencée. Bons résultats dans les affections rhumatismales, dans les entorses des sportifs. Dans les affections gynécologiques, par contre, il n'a pas eu de meilleurs résultats qu'avec la diathermie. Il a appliqué encore cette méthode aux parotidites, aux phlegmons de l'amygdale, aux panaris, avec des résultats divers.

G. Basch.

Rosner. ***Un symptôme de lésions de la voie pyramidale, recherché au membre supérieur*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 23, 7 Juin 1935, p. 800-802). — Ce signe sera recherché de la façon suivante: le médecin prend l'avant-bras du patient avec la main gauche et cherche à obtenir une résolution musculaire de la main et des doigts. Ceux-ci, ainsi que le pouce, étant quelque peu fléchis. On percutera alors rapidement avec la main droite la face palmaire des 2e, 3e, 4e et 5e doigts du sujet, le signe étant positif quand l'on observe une flexion légère de ces doigts. Ce signe a été retrouvé par R. dans un cas de parésie des membres supérieurs après contusion cérébrale, dans un cas d'épilepsie jacksonienne, de sclérose multiple, etc. et s'apparente avec le réflexe du pouce de Klippel et M. P.-Weil, mouvement de flexion du pouce quand on essaie de redresser chez un hémiplégique spasmodique les 4 derniers doigts repliés dans la paume.

G. Basch.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

A. Prunell. ***Le métabolisme du chlore dans certains syndromes rachidiens*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 2, 9 Janvier 1935, p. 61-76). — Le liquide céphalo-rachidien puise les ions Cl du sang, à travers le filtre à osmose des plexus choroïdes. Il s'établit un équilibre, correspondant à une chlororachie de 7 gr. par litre, équilibre qui se rompt à l'état pathologique.

Bibliographie détaillée des études biochimiques

antérieures du liquide céphalo-rachidien dans les méningites.

P. a dosé, après centrifugation, les chlorures du liquide céphalo-rachidien ainsi que les chlorures du sang, plasmatiques et globulaires, dans 18 cas de méningite.

Le taux des chlorures du sang et du liquide varient parallèlement. On observe une hypo-chlororachie dans les méningites aiguës, peu marquée dans la méningite tuberculeuse, où P. montre sa valeur pronostique.

Le régime hyper-chloré rétablit la chlororachie et la chlorémie normales. La sous-alimentation salée, les vomissements, au contraire, comme l'insuffisance rénale, augmentent la déchloruration.

G. d'Heucqueville.

P. L. Errecart. ***Les angines « à bismuth »*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 10, 6 Mars 1935, p. 464-467). — Marinho classe les angines, selon un critère purement thérapeutique, en deux grands groupes, les angines « *à bismuth* » et les angines « *à sérum* ».

Les injections intra-musculaires de bismuth semblent constituer le traitement de choix des angines pultacées et superficielles. Le bismuth détruit électivement les *cocci*, à l'exception du staphylocoque. Quelques heures à peine après chaque injection, la congestion locale s'atténue. La fièvre tombe en 48 heures.

10 observations.

G. d'Heucqueville.

C. B. Udaondo, J. Pereya Kafer et **H. Zunino.** ***La bismuthothérapie intra-rachidienne*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 11, 13 Mars 1935, p. 509-538). — Les injections intra-rachidiennes d'agents mercuriques et d'arsénobenzols, dans le traitement de la syphilis nerveuse, n'avaient pas donné de résultats convaincants et n'étaient pas apparues exemptes de dangers. U., P. K. et Z. passent en revue les travaux antérieurs relatifs à la bismuthothérapie intra-rachidienne.

Ils rapportent 10 observations personnelles, concernant 6 tabétiques, 2 paralytiques généraux et 2 paralytiques généraux tabétiques. Ces sujets ont reçu 7 ou 8 injections intra-rachidiennes, espacées de 8 à 15 jours, à doses progressives de 15 à 30 centigr. de bismuth.

L'on observe parfois, dans les heures suivant l'injection, une légère ascension thermique, ou des douleurs fulgurantes. Mais, dans l'ensemble, la tolérance des méninges au bismuth s'est montrée remarquable, encourageant à généraliser la méthode.

Dans 8 cas, la cure a déterminé une amélioration nette et persistante de la symptomatologie. Le liquide céphalo-rachidien, prélevé avant chaque injection, présente, au début de la cure, une réactivation portant sur l'albuminose et la lymphocytose, puis revient sensiblement à la formule antérieure.

G. d'Heucqueville.

BRUXELLES MÉDICAL

Rinné (Ougrè). ***Le problème de l'emploi des vitamines*** (*Bruxelles Médical*, t. **15**, n° 42, 18 Août 1935, p. 1144-1153). — Chez 24 nourrissons plus ou moins rachitiques, avec retard de dentition marqué, l'administration de vitamine D pure n'a donné que des résultats peu encourageants. R. conseille d'employer l'ergostérol irradié dilué dans une cuillerée à café d'huile d'olive et d'administrer en même temps du calcium (glycérophosphate ou gluconate). Avec cette méthode, l'action antirachitique aurait été plus nette, les dents apparurent plus rapidement, un seul cas fut résistant.

La vitamine A serait employée avec succès dans des lésions inflammatoires ou traumatiques des yeux.

Localement, en pansement sur les plaies, l'ergostérol irradié aurait une action cicatrisante

Robert Clément.

BRASIL MEDICO

(Rio de Janeiro)

H. de Moura Costa. ***Aspects et particularités de la syphilis au Brésil*** (*Brasil Medico*, t. **49**, n° 9, 2 Mars 1935, p. 201-210). — M. C. attire l'attention sur les caractères particuliers de la syphilis au Brésil, caractères qui distinguent les cas observés des descriptions européennes classiques.

Son enquête porte sur plus de 10.000 observations. Il les groupe en *syphilis primaires* (5 pour 100), *secondaires* (9 pour 100), *tertiaires* (13 pour 100), *nerveuses* (4 pour 100), *latentes précoces* (6 pour 100), *latentes tardives* (38 pour 100), *congénitales précoces* (4 pour 100), *congénitales tardives* (16 pour 100), *congénitales latentes* (5 pour 100). La proportion des syphilis latentes apparaît nettement plus élevée que dans les statistiques européennes.

La réaction de Wassermann, chez les sujets de M. C., est positive dans 90 pour 100 des cas de syphilis secondaire, 54 pour 100 des syphilis latentes tardives, et environ 25 pour 100 des syphilis congénitales.

G. d'Heucqueville.

H. de Moura Costa. ***Aspects et particularités de la syphilis au Brésil*** (*Brasil Medico*, t. **49**, n° 10, 9 Mars 1935, p. 223-226). — Dans la vaste enquête de M. C., les réactions de Wassermann positives ont cédé, chez 75 pour 100 des sujets en cours de traitement arsenical, chez 15 pour 100 des sujets en cours de traitement bismuthique, chez 8 pour 100 des sujets en cours de traitement mercuriel.

La proportion des arséno-résistances des réactions de Wassermann positives est inversement proportionnelle aux doses d'arséno-benzol administrées. L'arséno-résistance s'observe surtout entre 20 et 25 ans, d'une part, puis entre 40 et 50 ans.

G. d'Heucqueville.

H. de Moura Costa. ***Aspects et particularités de la syphilis au Brésil*** (*Brasil Médico*, t. **49**, n° 11, 16 Mars 1935, p. 245-252). — Statistique de plus de 40.000 injections de néo-salvarsan. L'on a observé des accidents divers, céphalées, poussées de fièvre, nausées, vertiges, après 6 pour 100 des injections. La fréquence des crises nitritoïdes diminue régulièrement jusqu'à moins de 1 par 2.000 injections.

Le pourcentage des réactions positives, résistantes au traitement, augmente toutefois au fur et à mesure de la stérilisation des sujets non résistants.

On doit déplorer que la plupart des malades n'aient pu prolonger la cure arsenicale autant qu'il était nécessaire. Ce sont les futures mères et les nouveau-nés qu'il faut traiter en tout premier lieu.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(Chicago)

G. Dalldorf et **H. Russel.** ***L'action des injections d'acide ascorbique sur la résistance des capillaires*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 19, 11 Mai 1935, p. 1701-1702). — La fragilité relative des capillaires cutanés est une affection commune, qui peut s'observer chez des individus absolument indemnes de signes de scorbut. Cependant, le régime anti-scorbutique diminue la fragilité capillaire chez ces sujets, et cette constatation a incité D. et R. à vérifier l'action sur la fragilité capillaire de l'acide ascorbique. Ils ont utilisé des injections intraveineuses de 100 milligr. de « Ce bion » (Merck), et, dans la totalité des 14 cas traités, ils ont vu la résistance des capillaires redevenir normale, et s'y maintenir pendant au moins 24 heures. Cependant, le fait qu'il s'agit d'un acide peut expliquer cette action par un phénomène purement mécanique, aussi ces expériences ne sont-elles pas démonstratives.

R. Rivoire.

P. Heuch, C. Slocumb et **W. Popp.** ***La pyrétothérapie; ses résultats dans l'arthrite gonococcique, les arthrites infectieuses chroniques et les autres formes de rhumatisme*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 20, 18 Mai 1935, p. 1779-1790). — La pyrétothérapie ayant été préconisée dans le traitement des rhumatismes chroniques ou subaigus, H., S. et P. ont entrepris à la clinique Mayo une étude pour vérifier cette action thérapeutique. De ces expériences, faites avec la chambre chaude « Kettering hypertherm », il résulte que la pyrétothérapie n'a une action favorable indiscutable que dans l'arthrite gonococcique: dans 90 pour 100 des cas, quelques séances de chauffage suffisent à guérir complètement ou presque les rhumatismes blennorragiques, et cette thérapeutique est d'une efficacité très supérieure à toutes les autres. Par contre, dans les diverses formes d'arthrites chroniques à étiologie mal déterminée, les améliorations ne s'observent que dans une faible proportion des cas: la pyrétothérapie n'a pas dans ces cas une efficacité supérieure à celle des thérapeutiques classiques.

R. Rivoire.

R. Lampson. ***Etude quantitative de la vasoconstriction déterminée par le tabac*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 22, 1er Juin 1935, p. 1963-1966). — Depuis que l'action nocive du tabac dans la maladie de Buerger a été constatée de façon indiscutable, d'assez nombreuses recherches ont été faites sur le pouvoir vaso-constricteur de la fumée de tabac. L. a entrepris une étude quantitative de ce phénomène, à l'aide d'un pléthysmographe enregistrant la vitesse de réplétion sanguine de la main après pose d'un garrot. Ces expériences ont démontré l'existence certaine d'une vaso-constriction par le tabac. La fumée d'une cigarette inhalée entièrement détermine une vaso-constriction périphérique immédiate et importante, durant une heure en moyenne; une cigarette fumée sans inhalation de la fumée détermine un phénomène analogue par son intensité, mais plus bref, persistant 15 minutes seulement. Les malades atteints de thrombo-angéite oblitérante réagissent de la même façon que les sujets sains: il est donc indubitable que le tabac doit être formellement interdit à ces malades.

R. Rivoire.

C. Gralec, H. Sanford et **H. Schwartz.** ***Alimentation artificielle et naturelle des nourrissons; étude de la morbidité et de la mortalité dans 20.000 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **104**, n° 22, 1er Juin 1935, p. 1986-1988). — G., S. et S. donnent dans ce court article leurs statistiques sur la morbidité et la mortalité des enfants soumis au sein et de ceux soumis à un allaitement artificiel. Cette statistique n'est intéressante que parce qu'elle porte sur un nombre inhabituel de cas, mais elle ne nous apprend rien de nouveau sur la valeur comparée de ces deux méthodes d'allaitement.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY
(Chicago)

I. Strauss et **M. Keschner.** ***Les troubles mentaux dans les cas de tumeur du lobe frontal*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **33**, nº 5, Mai 1935, p. 986-1007). — L'objet de ce travail est de préciser la fréquence et la nature des troubles mentaux dans les tumeurs du lobe frontal, leur valeur diagnostique et localisatrice, le mécanisme de leur production.

L'observation de 85 cas de tumeurs frontales a montré que les troubles mentaux existaient dans 90 pour 100 des cas. Ils apparaissent à des époques variables de l'évolution, peuvent être la première manifestation de la tumeur (43 pour 100) et même en rester la seule au cours de l'évolution.

Les troubles du « sensorium », principalement les défauts de perception et d'attention, la faiblesse de concentration et la perte de coordination des idées, sont les plus communs; viennent ensuite par ordre de fréquence les modifications de la personnalité, les troubles de l'affectivité, de l'intelligence, de la mémoire et de l'orientation.

L'euphorie existait dans 30 pour 100 des cas, le caractère facétieux dans 22 pour 100, et l'association des deux dans 13 pour 100. Ces deux caractères, surtout le dernier, ne sont pas pathognomoniques des tumeurs du lobe frontal, et constituent plutôt une exagération de la constitution mentale.

Le siège de la tumeur n'est pas un facteur déterminant de la fréquence ou des caractères des troubles mentaux. Ce sont plutôt: 1º l'étendue du tissu nerveux envahi; 2º la rapidité d'évolution du processus; 3º l'hypertension intracranienne; 4º la constitution mentale antérieure du malade, et ses aptitudes convulsivantes.

C'est dans les tumeurs à évolution rapide et à infiltration diffuse, que la désintégration psychique et les modifications de la personnalité apparaissent le plus précocement. L'hypertension intra-cranienne joue également un rôle important. Par contre, le siège droit ou gauche de la tumeur ne semble pas jouer un rôle appréciable.

En eux-mêmes, les troubles mentaux sont de peu de valeur pour diagnostiquer une tumeur du lobe frontal. Des troubles mentaux analogues se rencontrent chez des sujets âgés et scléreux, ou présentant des lésions organiques du cerveau, et ceci indépendamment de leur siège.

La pathogénèse des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales reste encore bien obscure. Ils sont plus fréquents dans les tumeurs supratentorielles, mais le siège cortical ou sous-cortical, préfrontal ou subfrontal de la tumeur est sans importance. D'autres facteurs interviennent certainement : les troubles circulatoires de voisinage ou à distance, l'hypertension intra-cranienne, les substances toxiques provenant de la désintégration du tissu tumoral et du tissu cérébral avoisinant, la constitution mentale du sujet enfin.

H. Schaeffer.

H. C. Solomon et **S. H. Epstein.** ***Démence paralytique. Résultats du traitement par impaludation associés à d'autres traitements*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **33**, nº 5, Mai 1935, p. 1008-1021). — L'analyse de 173 cas traités par la malariathérapie de Février 1925 à Février 1931 montre à S. et E. une bonne amélioration dans 36,4 pour 100 des cas, et une amélioration définitive dans 27,1 pour 100. Les résultats sérologiques suivis chez 169 malades montrèrent un liquide spinal complètement normal dans 36,7 pour 100, un liquide grandement amélioré dans 20,7 pour 100, et un liquide légèrement amélioré dans 18,3 pour 100.

Le processus paralytique peut donc être arrêté dans son évolution, dans une grande majorité des cas, à condition d'être encore récent, et si l'état général des malades est assez bon pour supporter le traitement. Dans ces cas, la vie des malades peut être notablement prolongée.

Il est malaisé de prévoir comment les malades réagiront au traitement. L'âge semble être un facteur sans importance. S. et E. n'attachent qu'une importance accessoire à la forme clinique. Toutefois, il semble que, dans les syndromes paranoïdes avec tableau de psychose schizophrénique, on obtienne rarement de bons résultats. S. et E. insistent également sur la fréquence relative des hallucinations auditives chez les P. G. impaludés.

Pour juger du résultat obtenu, il faut tenir compte de l'état clinique et surtout des réactions humorales. Il existe parfois une discordance entre les deux. L'absence d'amélioration clinique avec négativation des réactions humorales prouve chez le malade l'existence de lésions cérébrales profondes antérieures au traitement.

S. et E. pensent que l'association à la malariathérapie d'autres procédés thérapeutiques tels qu'injections de tryparsamide ou d'arsphénamine, de bismuth, de mercure, la pyrétothérapie par le sodoku, le vaccin antityphique, le lait, la diathermie ne peuvent donner que des résultats satisfaisants.

H. Schaeffer.

Richard M. Brickner. ***Traitement par la quinine pendant une période de cinq ans de cas de sclérose en plaques*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **33**, nº 6, Juin 1935, p. 1235-1254). — Dans un travail antérieur B. avait apporté les premiers résultats du traitement de la sclérose multiple par l'hydrochloride de quinine. Ceux-ci viennent les confirmer.

La cause d'erreur, due à l'existence de rémissions spontanées dans la sclérose multiple, a été éliminée dans la mesure du possible en tenant compte non seulement de l'amélioration clinique des patients, mais aussi de l'apparition de symptômes nouveaux et de l'aggravation des symptômes anciens au cours du traitement quinique.

Sur les 49 observations rapportées, B. tient compte de la rapidité et de l'étendue de l'amélioration, et si celle-ci débute plus ou moins régulièrement après le début du traitement, si les nouveaux symptômes s'améliorent plus rapidement que les anciens, il est vraisemblable que les changements sont plutôt liés au traitement qu'à une rémission spontanée. Les résultats du traitement sont envisagés en considérant les malades en eux-mêmes et les symptômes groupés.

Sur les 49 patients avec un total de 208 symptômes, la majorité de ces signes de 2 ans de durée au maximum se sont améliorés (73 pour 100). Il existait une amélioration de 44 pour 100 des symptômes plus anciens. 35 symptômes ont régressé durant le traitement. Et seulement 17 symptômes nouveaux sont apparus, dont 9 restèrent permanents.

25 patients offrent une rémission constituant une amélioration marquée qui les met en état de travailler. Aucun n'a vu diminuer sa capacité de travail. 10 présentent un état stationnaire, 8 se sont aggravés. 3 décès sont à noter.

La dose du médicament doit varier avec le malade, car chez certains sujets la quinine peut constituer un véritable poison. Le plus souvent la quinine est bien supportée et doit être donnée de façon continue et indéfinie.

La quinine donne de bons résultats. Elle arrête le processus évolutif quand elle ne guérit pas les malades. Les résultats sont d'autant meilleurs qu'il s'agit d'accidents plus récents et de formes à évolution plus lente.

H. Schaeffer.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA
(Naples)

C. Stefanelli. ***Existe-t-il une diathèse perforative dans l'ulcère? Considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. Faux syndrome de perforation d'ulcère peptique post-opératoire*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. **16**, nº 6, 31 Mars 1935, p. 325-337). — D'après Leube, Stiller, Strauss, il existerait une diathèse ulcéreuse; les malades seraient des bréviligncs ou plus souvent des longilignes, de teint brun, sveltes, à l'activité incessante et sans volonté. Mais si l'ulcère se voit surtout chez des sujets ayant ce type constitutionnel, il s'observe aussi chez des sujets ayant un type opposé. L'existence d'une diathèse perforative chez les ulcéreux semble confirmée par les remarques suivantes : les perforations surviennent sans rapport avec la gravité de la maladie ulcéreuse; elles ont une tendance certaine à la récidive (21,6 pour 100 des opérés pour ulcère perforé font une nouvelle perforation d'après la statistique de Makkas); l'anatomie pathologique confirme l'existence d'une tendance spéciale à la perforation chez certains malades en ne montrant autour de celle-ci qu'une faible production du tissu de sclérose qui caractérise l'ulcère chronique. Du point de vue chirurgical, il n'existe pas d'intervention qui s'impose plus spécialement dans les ulcères perforés et la tendance dans la plupart des pays est à l'éclectisme. S. termine son article par l'observation d'un sujet opéré pour une perforation d'ulcus duodénal par suture, épiplooplastie et gastro-entérostomie transmésocolique postérieure, qui présenta à la suite d'un effort de défécation les signes d'une nouvelle perforation; ces signes disparurent en quelques heures après une injection d'atropine et des applications froides; S. pense qu'il s'est agi de l'engagement temporaire d'une anse grêle à travers la brèche méso-colique de la gastro-entérostomie.

Lucien Rouquès.

THE TOHOKU JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE
(Tokio)

M. Ohguri (Sendai, Japon). ***La glycémie et la pression sanguine durant le choc anaphylactique des chiens non anesthésiés et non attachés*** (*The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, t. **25**, nºs 5 et 6, 31 Mars 1935, p. 437-444). — Chez 6 chiens normaux de 5 à 10 kilogr., des chocs anaphylactiques furent réalisés par injection dans la veine jugulaire externe d'un demi-centimètre cube par kilogramme de poids de sérum de cheval, 22 à 33 jours après une injection sous-cutanée préparante de sérum de cheval. La pression sanguine était prise par une canule carotidienne et il était possible de faire des prélèvements de sang par une canule fémorale pour le dosage du sucre sanguin.

Dans quelques cas, il y eut d'abord un abaissement du taux du glucose sanguin, léger et transitoire et aussitôt après l'hyperglycémie apparut.

Quand l'hyperglycémie commence, le chien a déjà une pression artérielle basse et elle commence à remonter. Dans les cas de gravité moyenne, l'hyperglycémie atteint rapidement son niveau le plus haut et disparaît en général en une demi-heure à une heure et demie, alors que la pression artérielle n'est pas encore complètement remontée à son taux initial.

Dans les cas de réaction sévère (2 chiens) l'ani-

mal meurt au cours d'une profonde dépression avec tension artérielle basse et glycémie basse.

ROBERT CLÉMENT.

M. Ohguri (Sendai, Japon). ***Effet de l'exclusion des nerfs splanchniques ou de la médullaire surrénale sur l'hyperglycémie des chiens due au choc anaphylactique*** (*The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, t. **25**, n°s 5 et 6, 31 Mars 1935, p. 445-453). — Des chocs anaphylactiques furent réalisés chez 6 chiens auxquels on avait auparavant sectionné les nerfs splanchniques par voie lombaire et sous anesthésie à l'éther-chloroforme.

Chez 7 animaux, la médullaire surrénale ayant été exclue sans qu'il en résultât pour eux une perte de poids, ces chiens furent sensibilisés avec du sérum de cheval et reçurent ensuite par voie intraveineuse 0,4 cmc à 2, 7 cmc de ce sérum, dose suffisante pour produire un choc anaphylactique.

Les réactions de ces deux groupes d'animaux au point de vue glycémie et pression sanguine furent analogues à celles observées chez les animaux normaux.

La période hyperglycémique est précédée dans quelques cas d'une petite diminution transitoire du sucre sanguin; elle apparaît quand l'animal a subi une diminution de sa pression sanguine et que la tension artérielle tend à remonter après sa chute énorme et rapide. L'ampleur de l'augmentation de la concentration glycémique est en général plus petite chez les animaux splanchnicotomisés ou privés de médullo-surrénales que chez les normaux, quoique les symptômes cliniques soient d'intensité analogue chez les opérés et chez les témoins et que l'hypotension soit plutôt plus importante chez les premiers que chez les seconds.

ROBERT CLÉMENT.

H. Sato, M. Ohguri et **M. Wada** (Sendai, Japon). ***Décharge adrénalinique, glycémie et pression sanguine dans le choc anaphylactique des chiens non anesthésiés et non attachés*** (*The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, t. **25**, n°s 5 et 6, 31 Mars 1935, p. 504-519). — Le taux de sécrétion de l'adrénaline fut mesuré chez des chiens non anesthésiés, non maintenus par des moyens de contention et non laparotomisés, durant le choc anaphylactique. Le taux de l'adrénaline fut apprécié au moyen de la méthode du segment intestinal de lapin, par comparaison avec une solution de chlorhydrate d'adrénaline strictement dosée (Sankyo C°).

Le choc anaphylactique fut réalisé par injection sous-cutanée ou injection intra-veineuse de sérum de cheval chez des chiens préalablement sensibilisés.

Le taux de la sécrétion adrénalinique fut considérablement accéléré par le choc anaphylactique comme dans les expériences avec la peptone de Watanabe.

Dans un choc modéré, un taux de 0,0006 milligr. d'adrénaline par kilogramme et par minute (environ 20 à 30 fois le taux normal, vérifié auparavant) fut noté pendant quelques minutes à un quart d'heure. Avec un choc anaphylactique très sévère, on observa un taux d'adrénaline de 0,0015 milligr. par kilogramme et par minute, soit environ 100 fois le chiffre normal. Environ deux heures sont nécessaires jusqu'à ce que l'intensité de la libération adrénalinique reprenne son taux préliminaire.

La chute de la pression sanguine et l'accélération de l'excrétion adrénalinique précèdent l'apparition de l'hyperglycémie de 1 ou 2 minutes à 10 minutes.

Chez un chien qui mourut tôt par un choc très grave, l'hyperglycémie ne put être déterminée avant la mort, tandis que le taux d'excrétion d'adrénaline fut augmenté de façon très remarquable.

ROBERT CLÉMENT.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

S. Grapengiesser. ***Pneumothorax spontané alternant chez des individus sains en apparence*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **85**, n° 6, 28 Août 1935, p. 505-517). — Le pneumothorax spontané chez des sujets en apparence sains est moins rare qu'on ne le croyait jusqu'ici. L'affection se manifeste, soit par une seule attaque de pneumothorax, soit par des attaques répétées se produisant du même côté (dans 20 pour 100 des cas environ), soit, et très rarement, par des attaques alternantes des deux côtés, attaques parfois si rapprochées qu'il se produit un pneumothorax bilatéral.

Le tableau clinique de l'attaque isolée varie beaucoup suivant les cas. Elle débute soit subitement après un effort physique, avec des douleurs thoraciques, parfois brachiales, simulant une névrite, une affection vésiculaire, etc., soit plus rarement à bas bruit. La température est normale, parfois subfébrile au début. L'examen physique indique un collapsus plus ou moins complet. Un exsudat se montre quelquefois, qui ne tarde pas à se résorber. L'évolution du poumon collabé est de durée très variable, durant de quelques semaines à quelques mois. On ne trouve aucun signe morbide, en dehors des effets mécaniques du pneumothorax. Une fois l'air résorbé, le malade paraît guéri et retrouve sa capacité de travail.

G. a pu réunir 16 cas de pneumothorax spontané alternant auxquels il ajoute une observation personnelle. Il s'agit d'un ouvrier agricole de 36 ans qui présenta d'abord un pneumothorax spontané droit après un travail léger, qui dura six semaines et fut suivi, un an après, à la suite d'un travail peu fatigant, d'un pneumothorax gauche total qui persista pendant deux mois environ. Le retour à la santé fut parfait.

La pathogénie de ces cas a été très diversement interprétée. La tuberculose peut, semble-t-il, être mise hors de cause. Kjaergaard a trouvé dans une petite bronche une sorte de soupape permettant un passage plus facile de l'air à l'inspiration qu'à l'expiration, et a constaté à la périphérie de cette soupape une vésicule emphysémateuse valvulaire qui s'est rompue et a donné naissance au pneumothorax. Pour expliquer la bilatéralité, G. admet que, lorsqu'un pneumothorax se produit d'un côté, et plus particulièrement s'il se produit brusquement et s'accompagne de dyspnée intense, le poumon opposé se trouve exposé à une surcharge qui favorise dans certains cas la production d'une valvule vésiculaire; la rupture de celle-ci détermine un pneumothorax spontané alternant.

P.-L. MARIE.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Hans Fischer. ***Intoxication aiguë par les hypnotiques et leur thérapeutique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 20, 13 Mai 1935, p. 441-446). — Si les suicides par les hypnotiques augmentent de fréquence d'une façon regrettable, on doit cependant, d'après les remarques de F., considérer que ces médicaments sont plus humains que le lysol, le sublimé, la teinture d'iode, le phosphore, les acides et les bases utilisés autrefois. D'autre part, les premiers hypnotiques comme l'hydrate de chloral, la paraldéhyde, l'hydrate d'amylène ne permettaient guère de se suicider. Il en est de même avec les dérivés de l'urée comme l'adaline, le bromural, la sédormide. Effectivement, pour qu'un hypnotique puisse entraîner la mort, il faut qu'il soit difficile à détruire et éliminé lentement, ce qui n'est pas le cas de ces médicaments. Par contre, le véronal, le médinal, le luminal, le prominal sont très stables et donnent lieu à des phénomènes cumulatifs. La raison en est qu'ils contiennent des restes d'alkyl saturés. Au contraire, le somnifène (numal), le dial, le noctal, le pernocton, le phanodorme et l'évipan ont des effets beaucoup moins cumulatifs parce qu'ils présentent des restes d'alkyl non saturés ou représentent des dérivés cycliques également non saturés. Dans ces conditions, on comprend que le véronal se retrouve encore dans l'urine 7 à 9 jours après la terminaison d'une cure de 8 à 15 jours à raison de 50 centigr. par jour.

La symptomatologie des intoxications par hypnotiques est toujours à peu près la même quel que soit le produit employé: inconscience, myosis ou mydriase, collapsus circulatoire, respiration souvent gênée par de l'œdème pulmonaire; absence du réflexe abdominal très constante en cas d'intoxication par le véronal; apparition du réflexe de Babinski; hyperthermie parfois en relation avec une bronchopneumonie notamment en cas de véronal; congestion des viscères due à l'action paralysante sur les capillaires accompagnée parfois de petites exsudations sanguines dans le cerveau et dans la peau, phénomènes qui, comme séquelles, entraînent souvent des thromboses; augmentation du tonus de la musculature striée surtout fréquente avec les dérivés barbituriques associés au pyramidon; hépatite et néphrose toxique fréquente, ce qui fait que certains médicaments comme l'évipan sont contre-indiqués en cas de lésions du parenchyme hépatique parce que cet organe n'arrive pas à détruire le médicament; agranulocytose notamment après cure de dérivés barbituriques; diathèse hémorragique; éruptions cutanées scarlatiniformes, morbilliformes, urticariennes, parfois même bulleuses; phénomènes neurologiques plus ou moins analogues à l'encéphalite léthargique, à la sclérose multiple, à la syringomyélie, montrant que ces médicaments sont doués d'une neurotropie énergique; phénomènes d'excitation psychomotrice grave au réveil surtout observés avec la série barbiturique et le nirvanol, mais non pas avec les dérivés de la série grasse.

Au point de vue thérapeutique, F. recommande, s'il s'est écoulé moins de 8 heures depuis l'intoxication, un lavage d'estomac. La Station viennoise de secours a obtenu de bons résultats avec un mélange de 2/3 de charbon animal avec 1/3 de sucrate de chaux à la dose de 2 ou 3 cuillerées à soupe. Parmi les médicaments qui agissent sur la circulation, F. fait figurer la coramine et le cardiazol qui peuvent être administrés en injections intraveineuses ou intramusculaires. Le camphre est utile quand il y a du clonus et des convulsions persistantes. A côté de la caféine qui peut avoir des effets toxiques, F. mentionne la strychnine qui a donné de bons résultats en France, la picrotoxine qui est utilisée en Amérique et la lobéline ainsi que les inhalations d'oxygène.

L'administration de digitale est souvent nécessaire et l'adrénaline sous forme d'injection intraveineuse continue à la dose de 0 milligr. 07 par minute peut, dans certaines circonstances, être seule à pouvoir ramener la pression à la normale. Ce médicament qu'on associe au glucose, voire même à l'insuline, ne peut être remplacé par rien dans les formes graves.

La diurèse doit être stimulée pour favoriser l'élimination du toxique, notamment par l'euphylline qui peut être également administrée en injections intraveineuses continues. L'œdème pulmonaire devra également être combattu (saignée, solution de glucose en injections intraveineuses, inhalations d'oxygène et d'acide carbonique, etc.). Enfin, les états d'excitation qui surviennent au réveil, qui peuvent être parfois très violents et par conséquent menacer le cœur, seront combattus par la morphine additionnée ou non de scopolamine.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

A. Lemierre. ***Les néphrites azotémiques précoces de la scarlatine*** (*Annales de Médecine*, t. **38**, n° 1, Juin 1935, p. 5-18). — L'atteinte rénale contemporaine de la période éruptive de la scarlatine est plus fréquente qu'on ne le dit habituellement. Elle reste le plus souvent silencieuse; seul le dosage de l'urée du sang permet de la mettre en lumière. Elle peut être légère et ne se traduire que par une azotémie très modérée. Plus intense, elle détermine une surélévation de l'urée sanguine plus accentuée et plus tenace. Elle peut alors s'accompagner d'une oligurie extrême, se rapprochant dans sa forme la plus grave de l'anurie scarlatineuse. L'hypertension artérielle manque toujours; l'albuminurie est rare et, si elle survient, tardive et passagère, l'œdème n'est susceptible d'apparaître que dans certaines circonstances spéciales.

Ces caractères contrastent avec ceux des néphrites de la convalescence où l'on note une albuminurie parfois considérable, des hématuries, des œdèmes, de l'hypertension artérielle, sans préjudice d'une azotémie plus ou moins forte. Aussi pourrait-on être tenté de supposer que ces deux catégories de néphrites relèvent d'une étiologie différente, les premières étant dues plus directement à l'agent spécifique de la scarlatine, les secondes à un streptocoque banal, cause du syndrome infectieux tardif de la maladie. Mais on peut penser aussi à un même agent pathogène touchant le rein à des moments où les conditions générales de l'organisme ne sont pas les mêmes.

La différence entre l'atteinte rénale précoce et celle de la convalescence, pour être habituelle, n'est du reste pas toujours aussi absolue.

L. Rivet.

Paul Cristol. ***Les polypeptides du sang dans les néphrites*** (*Annales de Médecine*, t. **38**, n° 1, Juin 1935, p. 58-70). — C., qui a proposé il y a une dizaine d'années une technique nouvelle de dosage de l'azote polypeptidique du sang, résume ses travaux sur l'azote polypeptidique du sang chez les néphritiques et apporte des précisions obtenues au cours de recherches inédites.

Après avoir précisé certains points touchant la méthode, il rappelle que la polypeptidémie normale est comprise entre les chiffres de 10 à 20 milligr. chez l'homme.

L'hyperpolypeptidémie des néphrites, variable suivant le type, est parfois considérable, surtout dans les néphrites chroniques urémigènes, où l'on peut observer des chiffres d'azote polypeptidique compris entre 200 et 300 milligr. par litre de sérum.

Etudiant les polypeptides dans l'urémie, il précise la répartition globulo-plasmatique des polypeptides; il fixe la place de l'hyperpolypeptidémie par rapport à la rétention des divers composés azotés, en particulier de la créatinine, par rapport à la réserve alcaline, par rapport à la chlorémie. Depuis longtemps il a insisté sur l'apparition de l'hyperpolypeptidémie dans les néphrites urémigènes et sur le fait qu'elle survient sans liaison apparente avec les autres troubles des constituants sanguins. Il existe de véritables crises d'hyperpolypeptidémie qui ne sont que le reflet humoral des crises d'urémie et peuvent entraîner la mort avec des taux médiocres d'urée sanguine; c'est ce qu'on appelait il y a quelques années encore : urémie sans azotémie. L'hyperpolypeptidémie est un signe pronostique de la plus haute gravité.

L'hyperpolypeptidémie tient à plusieurs origines, dont la principale est l'autolyse tissulaire. Contrairement aux acides aminés, les polypeptides sont toxiques et responsables en partie de l'intoxication urémique, et notamment des accidents nerveux graves et du coma terminal.

L. Rivet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

V. Morax et **E. Rist.** ***L'infection tuberculeuse primitive de la conjonctive chez l'homme*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **54**, n° 6, Juin 1935, p. 653-675). — M. et R. apportent 7 observations de tuberculose primitive de la conjonctive. La conjonctive fortement hypérémiée, particulièrement dans les culs-de-sac inférieurs, est en général infiltrée de lésions folliculaires et quelquefois ulcérées. Le ganglion préauriculaire, volumineux et parfois suppuré, ne manque jamais.

Cette tuberculisation de la conjonctive s'échelonne entre 8 mois et 20 ans. Les lésions mettent plusieurs mois à guérir, elles ne déterminent pas de lésions pulmonaires ou ganglionnaires médiastinales, mais une fois il y eut dissémination par voie sanguine et développement d'un érythème noueux caractéristique.

Le pronostic de la tuberculose primitive de la conjonctive serait assez favorable. Ce n'est pas dire qu'il ne puisse se produire des évolutions conduisant à la mort, mais l'observation longtemps poursuivie des malades dont l'histoire est rapportée dans ce travail semble montrer que cette tuberculose n'a pas ordinairement de suites fâcheuses.

Robert Clément.

G. Sanarelli et **A. Alessandrini** (Rome). ***Etudes sur l'ultra-virus tuberculeux.*** Troisième mémoire: ***Sur la culture des « protogènes tuberculeux »*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **54**, n° 6, Juin 1935, p. 676-696). — La technique des doubles sacs de collodion est favorable pour révéler l'existence des éléments filtrables du virus tuberculeux, pour déceler les premières phases de leur germination ainsi que de leur développement et pour obtenir, au moyen de macrocultures ou de microcultures successives sur des milieux appropriés, la démonstration de l'existence d'un cycle évolutif dans la biologie du bacille tuberculeux.

Les « protogènes tuberculeux » qui se sont développés dans les loges externes des doubles sacs de collodion bacillifères, restés quelque temps dans la cavité péritonéale des lapins ou dans des tubes contenant du liquide de Sauton, peuvent s'implanter et se développer également dans le milieu des Löwenstein. Les protogènes tuberculeux, très faiblement pathogènes ou non pathogènes pour le cobaye, peuvent se développer dans ce milieu en macrocultures tuberculigènes ou en microcultures non pathogènes mais susceptibles d'évoluer ensuite en macrocultures douées de propriétés tuberculigènes. Les autres milieux de cultures ne conviennent pas.

L'inconstance des cultures positives, après ensemencement des protogènes tuberculeux, même en employant les milieux les plus favorables, vient du fait que les protogènes obtenus des sacs de collodion ne présentent eux-mêmes qu'un faible pouvoir végétatif, car ils ont germé et se sont développés dans un milieu confiné et sans air, c'est-à-dire dans des conditions absolument contraires à leurs plus indispensables exigences biologiques.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Dubecq. ***Recherches sur le ménisque mandibulaire*** (*Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. 3, nos 17, 18 et 19, 20-30 Juin et 10 Juillet 1935, p. 482-486, 511-515, 533-544). — D. consigne 20 observations de craquements articulaires et ses recherches expérimentales, après avoir donné une excellente mise au point de l'anatomie et de la physiologie du ménisque En ce qui concerne le traitement chirurgical de cette affection, les méthodes fixatrices paraissent indiquées dans les cas d'origine traumatique, sans laxité articulaire très marquée, et d'évolution relativement récente, la méniscectomie dans les cas d'origine infectieuse. Parmi les complications post-opératoires, il faut prévoir la raideur articulaire que l'on évitera par une mobilisation précoce. La voie d'abord rétro-articulaire est utilisée en Allemagne; en France, on se sert de la voie pré-auriculaire. D. rappelle les différentes incisions préconisées et décrit son incision trago-sourcilière.

C. Ruppe.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Catel. ***Résultats diététiques obtenus avec le lait de femme chauffé*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 25, Juin 1935, p. 985-988). — Sous la surveillance des services d'hygiène se pratique à Berlin la récolte du lait de femme afin de fournir ce lait aux nourrissons débiles ou atteints d'affections gastro-intestinales et privés de lait maternel. Mais le lait distribué est préalablement stérilisé par chauffage pendant quinze minutes à 100°.

Il importe donc d'établir si cette stérilisation ne diminue pas la valeur du lait en tant qu'aliment médicament.

Il est classique de constater que le lait de femme constitue l'aliment de choix pour le nourrisson jeune débile ou malade. Or, la stérilisation paraît diminuer de façon notable la valeur biologique de ce lait; les recherches de C. lui ont montré que chez les nourrissons ainsi alimentés la croissance était lente ou arrêtée, les maladies fréquentes (diarrhées, affections respiratoires), et les échanges diminués (troubles de l'utilisation de l'albumine, de la graisse, des hydrates de carbone, troubles des échanges minéraux).

Des recherches plus précises ont été entreprises pour apprécier la valeur comparative du lait de femme stérilisé, et du lait de vache bien préparé, en ce qui concerne l'alimentation des prématurés: la valeur nutritive du lait de femme stérilisé s'est montrée nettement inférieure à celle de l'allaitement artificiel.

On peut donc conclure que la récolte du lait de femme et sa stérilisation ne sont pas justifiés du point de vue médical et que, en pratique, son prix

élevé (5 marks le litre) ne se justifie pas socialement.

Il serait inexact d'appliquer ces conclusions au lait de femme cru. Même si la croissance se montrait parfois inférieure à celle produite par l'allaitement artificiel, les avantages considérables de l'augmentation de résistance du nourrisson vis-à-vis des diverses infections doivent faire maintenir la supériorité de l'allaitement maternel. Mais des mesures différentes de celles actuellement envisagées doivent permettre son extension; c'est en augmentant le nombre de nourrices dans les cliniques qu'il serait possible d'avoir du lait de femme cru, conservé à la glacière, en quantité suffisante pour les divers besoins médicaux.

G. Dreyfus-Sée.

H. Frank. ***Les troubles électro-cardiographiques graves au cours de la diphtérie et leur pronostic*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 26, 28 Juin 1935, p. 1025-1030). — F. relate les observations de 9 diphtériques ayant présenté des altérations accentuées des faisceaux de conduction et de 8 autres malades dont l'électro-cardiogramme montrait des lésions myocardiques graves.

L'étude de ces cas, de même que de tous ceux déjà publiés par les auteurs anglais, américains, allemands et français, permet de considérer le pronostic de ces formes comme extrêmement grave et souvent fatal. Il est à remarquer que les signes cliniques ne permettent pas d'apprécier le degré ni la gravité des lésions cardiaques. Dans un certain nombre de cas de mort subite, des altérations électro-cardiographiques avaient cependant été relevées antérieurement. La thérapeutique la plus efficace paraît être l'administration précoce du sérum.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

John A. Kolmer. ***Méthode de vaccination efficace contre la poliomyélite*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 25, 22 Juin 1935, p. 889-893). — Il a été possible d'immuniser des macaques contre la poliomyélite en leur inoculant du virus de la moelle de singes poliomyélitiques vivant mais atténué et en solution à 1 pour 100 dans du ricinoléate de soude. Ce vaccin a été inoculé à trois reprises à des adultes normaux et n'a provoqué aucun effet nocif, mais par contre, a fait apparaître des anticorps très abondants. Chez 25 enfants âgés de 8 mois à 15 ans, il a été également pratiqué 1 à 3 vaccinations. Chez 15 de ces enfants qui ne présentaient pas d'anticorps avant l'inoculation, il en est apparu dans la semaine qui a suivi. Chez 10 enfants qui en présentaient avant la vaccination, les anticorps ont augmenté. Ainsi, la vaccination a eu de l'effet dans 23 cas sur 27 sans avoir d'ailleurs aucune conséquence désagréable.

Au lieu d'injection, il est apparu une réaction modérée accompagnée d'une élévation légère de température et de leucocytose modérée, phénomènes qui ont disparu en quarante-huit heures. Les doses sont, pour les enfants de 1 à 3 ans, de 0,25, 0,5 et 0,5 cmc par semaine. Pour les adultes, les doses sont de 0,5, 1 et 2 cmc.

Le vaccin est préparé exclusivement avec la moelle épinière car le cerveau contient moins de virus. Avec un singe on en prépare 150 cmc, ce qui suffit pour immuniser 40 à 50 enfants. Si les injections, au lieu d'être faites toutes les semaines, ne sont faites que tous les dix jours, la quantité d'anticorps paraît augmentée. Cette méthode peut être considérée comme tout à fait sûre pour réaliser l'immunisation chez l'homme, d'abord parce que le virus, à la suite de plusieurs passages, a perdu une partie de son infectiosité pour l'homme; ensuite, parce qu'il a été affaibli par le ricinoléate de soude, et enfin, parce que les doses sont petites. Par contre, la quantité d'anticorps obtenue peut être comparée à celle qui survient par immunisation naturelle et dont on peut considérer qu'elle protège contre la poliomyélite.

P.-E. Morhardt.

F. Meythaler et **G. Schroff.** ***Intensité d'action de l'insuline chez l'homme sain et malade*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 25, 22 Juin 1935, p. 893-894). — M. et S. ont étudié l'intensité d'action de l'insuline chez des sujets normaux et chez des sujets atteints d'affection du foie, de maladie de Biermer, de cachexie sévère, d'acromégalie, de maladie de Cushing ou d'Addison. Les doses administrées ont été de une unité d'insuline/kg. Chez les sujets normaux, les effets obtenus ont été assez constants au point de vue durée et intensité. On a déterminé ainsi une hypoglycémie de 1 à 1 heure 1/2 de durée sans qu'il apparaisse des symptômes subjectifs d'hypoglycémie.

En cas de maladie du foie, le retour à la normale se fait beaucoup plus lentement. C'est dans les altérations du parenchyme hépatique par cancer, cirrhose, ictère, que l'insuline a manifesté ses effets les plus intenses. Dans la maladie de Biermer, l'insuline a des effets plus prolongés et plus marqués que chez les sujets normaux. C'est l'inverse qui est observé en cas d'acromégalie. Dans un cas de maladie de Simmonds, l'insuline a eu des effets très énergiques et très prolongés. Il en a été de même dans un cas de maladie de Cushing sans qu'il apparaisse de symptômes subjectifs d'hypoglycémie. La maladie d'Addison favorise de même très fortement les effets de l'insuline.

En somme, des troubles du système neuro-hormonal, qui interviennent dans la régulation du métabolisme, de même que des altérations du foie, l'organe grâce auquel ces régulations s'observent, entraînent des modifications typiques dans les effets de l'insuline.

P.-E. Morhardt.

Hans-Alfred Kurz. ***Contribution à la question des granulations pathologiques des leucocytes à granulations fines*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 25, 22 Juin 1935, p. 894-896). — La technique employée par K. est celle de Mommsen. Elle doit être exécutée d'une façon très minutieuse, car les moindres variations dans la fixation, la coloration, etc., modifient les résultats. Cependant, d'après K., cette technique n'est pas difficile et elle peut d'ailleurs être bien étudiée dans les pneumonies nettes.

Les granulations pathologiques s'observent dans les cas d'avortement septique et de fièvre puerpérale et on constate qu'elles varient comme la fièvre et l'état général, mais cependant avec un léger retard sur les phénomènes cliniques. Il existe également une augmentation agonale qui peut être bien souvent l'expression d'une pneumonie terminale.

On constate également des granulations pathologiques dans les cas de tumeurs malignes avancées. Ces granulations pathologiques se retrouvent aussi chez des gestantes bien portantes. Elles augmentent s'il apparaît de la toxicose, de la gestation ou de l'éclampsie. Il s'agirait donc d'un facteur mis en évidence par certaines méthodes colorantes témoignant de l'existence de forces de défense régénératives et actives.

Quand ces granulations ont dépassé un certain taux, on doit toujours penser qu'un processus infectieux est intervenu.

P.-E. Morhardt.

G. Török et **L. Neufeld.** ***Acide ascorbique, autres vitamines et catalase sanguine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 26, 29 Juin 1935, p. 919-922). — Il a été procédé à des recherches sur l'influence de l'acide ascorbique sur la catalase du sang chez des animaux soumis à un régime carencé. Il a été ainsi constaté que chez les cobayes soumis à un régime complètement dépourvu de vitamines comme chez ceux qui n'étaient privés que de vitamine C, l'administration d'acide ascorbique par voie intraveineuse augmente la catalase du sang.

En administrant à la fois les vitamines A, B, C, D aux animaux soumis à un régime de carence complète, on constate que le pouvoir catalytique du sang ne s'abaisse pas à condition que dans le mélange de vitamines administrées figure la vitamine C. Cette dernière vitamine suffit même chez les lapins soumis à un régime de carence complète de vitamines pour empêcher le pouvoir catalytique du sang de s'abaisser.

Les vitamines A et B auraient en pareil cas des effets analogues, mais moins marqués tandis, qu'au contraire, la vitamine D est sans influence.

P.-E. Morhardt.

Oskar Zimmermann. ***Angine de poitrine en cas d'anémie sévère.*** 2[e] communication (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 26, 29 Juin 1935, p. 922-926). — Un certain nombre de travaux expérimentaux ont mis en évidence le fait que, dans la pathogénie de l'angine de poitrine, l'anoxémie joue un rôle important. C'est ce que la clinique a cherché à vérifier. Par ailleurs, au point de vue de la symptomatologie clinique, il y a lieu de noter que les caractères cliniques varient beaucoup au point de vue intensité, nature, durée et caractère. La douleur, qui est le symptôme le plus significatif, est absente, d'après Hochrein, dans 35 à 40 p. 100 des cas d'infarctus du myocarde, constatation qui est confirmée par Jagic. De plus, 15 pour 100 des malades atteints de sclérose des coronaires accuseraient des sensations cardiaques. On est donc amené à admettre l'existence d'un seuil pour la douleur qui varie beaucoup d'un sujet à un autre.

D'autre part, Hochrein et Matthes ont conclu des recherches poursuivies, sur 174 cas d'anémie, que le symptôme anémie ne joue aucun rôle dans la pathogénie des accès d'angine de poitrine. Bloch a trouvé chez ses malades 19,3 pour 100 d'accès angineux et 9,3 pour 100 d'accès typiques. En cas d'anémie pernicieuse, les proportions, d'après cet auteur, seraient encore plus élevées (14,4 et 9,2 pour 100). Quant à la statistique réunie par Z. et dont le détail figure dans l'analyse de la première communication, elle donne 7,2 pour 100 de troubles nettement angineux, proportion qui s'élève à 10,4 si on comprend les troubles discutables du même genre. Ce qui montre bien que l'anémie n'a pas de signification, c'est que dans les 27 cas où elle était très sévère, il n'a été observé aucune forme typique d'angine.

En ce qui concerne les travaux expérimentaux, il a été constaté que l'anémie par saignée ou l'intoxication par l'oxyde de carbone provoque des lésions cardiaques. Chez l'homme, une atmosphère riche en oxygène est capable également de déclencher des accès angineux. Mais, en fait, une hypoxémie, si grave qu'elle soit, ne détermine pas ce syndrome tant que le système coronaire est fonctionnellement intact.

Il est difficile dans ces conditions de s'expliquer qu'un surmenage léger du cœur chez un sujet non anémique et dont le système coronaire ne présente que des lésions de sclérose à peine sténosante puisse provoquer un accès. Pour comprendre les faits de ce genre qui sont bien établis, il faut faire intervenir l'action vaso-constrictrice du vague sur le système coronaire. D'ailleurs, la mort dans cette affection n'est pas toujours due à des lésions du

myocarde. Dans un cas récemment observé par Z., où il s'agit d'un homme de 64 ans, l'autopsie n'a montré aucune altération sclérosante sauf sur un point limité du rameau descendant de la coronaire, le myocarde étant par ailleurs macroscopiquement et histologiquement normal. Chez cet homme mort à la suite d'accès qui ne cessaient depuis 6 mois de croître en intensité, il faut admettre qu'il est survenu un spasme sévère de toute l'aire des coronaires.

Si la théorie hypoxémique de l'angine de poitrine est exacte, cette affection doit survenir à la suite d'une ischémie brusque et sévère de certaines régions du myocarde, phénomènes qui peuvent très bien s'expliquer par un effet du vague plus ou moins important suivant les cas.

P.-E. Morhardt.

K. H. Hildebrand. ***L'adénome hypophysaire basophile de Cushing (avec examen fonctionnel)*** [*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 27, 6 Juillet 1935, p. 951-957]. — H. publie l'observation d'un sujet présentant le syndrome de Cushing et étudié très en détail au point de vue fonctionnel. Il s'agit d'un homme de 53 ans, pesant d'une façon générale 93 kilogr. pour 1 m. 76. A 43 ans, il fallut lui enlever un goitre kystique. Depuis 2 ans, les organes génitaux diminuent de volume ainsi que la libido. A ce moment, il a présenté une période de soif intense puis une crise d'hyposystolie qui ne l'a pas empêché de reprendre un peu plus tard son service comme chef de train. D'autre part, il a présenté des ecchymoses et des douleurs extrêmement vives dans les mollets et dans la région lombaire. A l'examen clinique, on ne constate rien de très important en dehors d'une hypertension (205-135), d'une obésité localisée à la tête, au cou et au tronc; ni sucre, ni albumine dans les urines.

L'étude des échanges d'hydrates de carbone montre que la glycémie à jeun et pendant la journée est normale ou un peu augmentée; la courbe de la glycémie après administration de glucose a un sommet et un retour à la normale un peu retardés, mais n'entraîne ni hypoglycémie ultérieure ni glycosurie. Il s'agit là manifestement d'une hyperglycémie insulaire et non pas d'une hyperglycémie acromégalique qui ne réagit pas sous l'influence du glucose. Le seuil rénal pour le sucre est élevé.

L'élimination de l'azote est normale. Il existe de l'hypercholestérinémie. En outre, le calcium est augmenté légèrement dans le sérum et fortement dans les selles. Le phosphore soluble dans les acides est très augmenté. L'examen de la colonne vertébrale aux rayons X montre une décalcification importante surtout à partir de la 8e et pour les 11e et 12e dorsales où on constate l'existence d'une dépression des surfaces supérieures et inférieures. La région pariétale du crâne présente la structure poivre et sel décrite par Albrecht et Wörner. On trouve dans l'urine de l'hormone de maturation des follicules et de l'hormone ovarienne.

Le métabolisme de base est légèrement abaissé (—16,1 à —17,6) alors que l'effet spécifique dynamique est extrêmement augmenté (66,8 pour 100). Il existe de l'hypertension qui s'abaisse sous l'influence du repos au lit et du régime sans sel. On ne trouve pas de lésions oculaires. La peau présente des taches ecchymotiques sur les faces d'extension et des vergetures d'une coloration bleu-rougeâtre.

Au point de vue diagnostic, l'ostéoporose et les vergetures parlent très nettement en faveur d'un adénome hypophysaire basophile accompagné ou non d'un adénome surrénal. Le seul traitement à envisager en pareil cas est l'irradiation de l'hypophyse qui paraît avoir donné de beaux succès. Le malade de H. a été également irradié sans qu'on puisse encore dire avec quels résultats.

P.-E. Morhardt.

Otto Riesser. ***Recherches expérimentales sur l'activité accélérante de la coagulation de la pectine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 27, 6 Juillet 1935, p. 958-961). — R. après avoir rappelé quelques notions de chimie sur la pectine et notamment qu'à côté des sucres ou d'alcools très divers, elle contient comme noyau essentiel de l'acide tétragalacturonique, note qu'on est très mal renseigné sur les propriétés médicales et nutritives de cette substance.

L'emploi de la pectine comme constipant chez les enfants a été inauguré par Moro. Son emploi comme hémostatique a été inauguré par Violle et Saint-Rat et paraît difficile à expliquer. On a commencé récemment à étudier cette question en Allemagne et il a été ainsi constaté notamment par Gohrbandt que ses propriétés hémostatiques sont indiscutables, soit à titre prophylactique avant les opérations, soit en cas d'hémorragie.

R. a repris ces recherches avec une préparation de pectine à partir des pommes (Sangostop) qui peut s'administrer en injection (solution à 1,5 pour 100) ou se prendre à l'intérieur (solution à 5 pour 100). Ces recherches ont été poursuivies chez des lapins à jeun depuis 48 heures. Le temps de coagulation chez ces animaux s'est montré très constant. Les injections intramusculaires, qui paraissent les plus actives au point de vue clinique, ont raccourci ce temps de coagulation d'une façon très nette après un temps de latence d'environ trois heures. Au bout de 4 heures 1/2, le temps de coagulation est revenu à la normale.

Il a été constaté également que l'administration orale a des effets qui se manifestent après un certain temps de latence. Enfin, les injections intraveineuses ont, à doses relativement petites, un effet puissant qui persiste assez longtemps. Le mécanisme d'action de la pectine a été étudié par R. Il a été ainsi constaté que la pectine neutralisée est sans effet. D'autre part, *in vitro*, la pectine n'a pas d'action. Il faut donc admettre que ce produit n'agit qu'après avoir été en contact avec les endothéliums vasculaires qui, sous son influence, fabriqueraient peut-être la thrombokinase.

P.-E. Morhardt.

Wilhelm Bayer. ***Le liquide cérébrospinal dans la coqueluche*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 29, 20 Juillet 1935, p. 1032-1036). — On connaît les complications nerveuses d'origine centrale et notamment les convulsions qui surviennent au cours de la coqueluche surtout chez les petits enfants. D'ailleurs, des examens du liquide céphalo-rachidien ont montré l'existence, au cours de cette maladie, d'une augmentation de la pression intracranienne, des protéines et des cellules.

Il y avait donc lieu de se demander dans quelles mesures au cours de la coqueluche non compliquée il survient des altérations pathologiques du liquide céphalo-rachidien. Pour répondre à cette question, B. a procédé à la ponction rachidienne de 102 enfants. Les résultats obtenus ont montré que, dans 50 cas, il y avait anomalie pathologique. Parfois, il a été constaté simplement de l'élévation de la pression (au maximum 500 mm. de H^2O). D'autres fois, ce symptôme s'est accompagné d'augmentation de l'albumine ou des cellules. Parfois même les trois symptômes ont été observés concurremment. La courbe du mastic a, dans quelques cas, pris le type méningitique. Chez un enfant, ce fait a été constaté à plusieurs reprises même après guérison de la coqueluche. Une encéphalographie montra alors une légère dilatation des ventricules latéraux sans autre symptôme.

On doit ranger ces réactions dans le groupe des méningites séreuses qui peuvent être rattachées soit à une influence toxique due au germe de la coqueluche ou à des germes associés, soit encore aux variations de la pression intracranienne, conséquence des accès de toux. Cette pression peut, en effet, doubler ou tripler au cours d'un accès. Il en est de même pour la pression artérielle qui augmente beaucoup sous l'influence de la toux et qui ne revient à la normale qu'au bout de 3 à 5 minutes après l'accès. Ces variations de pression pourraient agir sur les cellules des méninges et les rendre ainsi plus sensibles à l'égard des influences toxiques.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

S. Genkin, D. Piskarew, B. Serebrjanik et S. Braun. ***Clinique et pathogénèse de l'intoxication nicotinique*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 6, 15 Juin 1935, p. 642-660). — Il a été examiné par G. et ses collaborateurs 55 ouvriers (41 hommes et 14 femmes) occupés dans une fabrique où on extrait la nicotine des feuilles de tabac et où on fabrique du sulfate de nicotine. Parmi ces sujets, il en était 17 qui étaient soumis à l'action exclusive de la nicotine et 17 à l'action de la nicotine et des vapeurs de benzine ainsi que pour une moindre part, à l'ammoniaque. Un groupe de 10 travaillait à l'atelier d'empaquetage et un groupe de 11 n'avait par contre rien à faire avec les ateliers.

Le mode d'action de la nicotine se comprend bien si on sait que ce poison s'attaque aux synapses des deux sections du système nerveux végétatif, aux plexus nerveux qui existent dans les parenchymes viscéraux, aux surrénales, etc. Ainsi, la constitution du système nerveux végétatif, le moment de l'observation, l'accoutumance, le mode et la rapidité de la résorption, le fonctionnement de la digue hépatique, etc., peuvent intervenir dans le résultat. Il est donné à ce sujet l'observation de 2 cas d'intoxication aiguë au cours desquels il a été accusé une sensation de faiblesse, de vertige, des vomissements, de la dyspnée, de l'oppression dans la région cardiaque, des sueurs en même temps qu'on constatait de la bradycardie sinusale et de l'arythmie avec épreuve de Aschner généralement fortement positive. Les phénomènes cérébraux sont dus à un trouble des vasomoteurs. Tous ces symptômes disparaissent d'ailleurs assez vite.

Le ralentissement du pouls n'a pas été observé surtout quand l'intoxication était modérée. L'électrocardiogramme a expliqué les sensations précordiales accusées. La participation de la benzine à l'intoxication fait apparaître des phénomènes d'excitation et d'ivresse avec rire spasmodique.

En ce qui concerne l'intoxication chronique, on trouve d'abord des phénomènes dyspeptiques (pyrosis, douleurs indépendantes des repas dans la région gastrique) qui n'épargnent qu'un tiers des ouvriers. Sur 22 sucs gastriques examinés, 9 étaient hyperacides et 2 hypoacides. Il semble qu'il y ait lieu d'expliquer les symptômes gastriques par l'existence d'une névrite végétative (hypervagotonie) et notamment par un spasme du cardia et du pylore dû à l'excitation du vague. Par ailleurs, les fonctions intestinales ont été normales chez presque tous les sujets examinés.

Quant au foie, il a été trouvé 33 fois sur 100 un peu augmenté de volume et parfois légèrement sensible à la pression. Mais souvent, il y avait un état cardiaque, du paludisme ou de l'alcoolisme de sorte que ce symptôme ne peut être rattaché que 4 fois à la nicotine.

Le plus fréquent et le plus important des symptômes est constitué par la bradycardie. Sur 45 personnes dont on a pris l'électrocardiogramme, il en est 26 dont le rythme minimum était inférieur à 55 parmi lesquels 9 avaient un rythme inférieur à 45. Le rythme maximum a été seize fois inférieur à 55.

Cependant, la forme de l'électrocardiogramme ne

montrait pas que le myocarde soit atteint de processus dégénératifs. L'épreuve d'Aschner a été sans effet dans un tiers des cas. Dans une partie des autres cependant, la réaction a été très nette: il y a eu 7 fois arrêt du cœur de trois à quatre secondes et une fois de 14 secondes suivi d' « escapes ». Dans un cas, il a été observé une interférenee-dissociation. Il est vraisemblable que, dans ces symptômes, l'état constitutionnel du sujet joue un rôle important.

Les épreuves pharmacologiques, étant donné l'état vagotonique marqué des sujets, semblaient devoir donner des résultats intéressants. En fait, elles ont simplement montré l'existence d'une dystonie marquée et leurs résultats ont été difficiles à mettre en corrélation avec les constatations cliniques. L'éosinophilie n'a jamais été observée, tandis qu'on a constaté quelquefois de la lymphocytose.

Parmi les troubles nerveux constatés figure la céphalée qui a été observée chez 24 sujets et qui était accompagnée souvent de pâleur du visage et de vertiges dont la pathogénie n'est pas la même que celle des vomissements et de la bradycardie. Effectivement, ces deux groupes de symptômes sont souvent dissociés et le dernier témoigne en faveur d'une irritation des centres bulbaires du vague tandis que la bradycardie serait le résultat d'une action sur des ganglions intracardiaques.

Il a été enfin constaté des paresthésies dans les membres (7 cas), des crampes douloureuses surtout dans les mollets (8 cas), des douleurs dans les jambes (11 cas), phénomènes qui ont un caractère angiospastique. Dans 9 cas, il y a eu du myosis et dans 11 cas un léger tremblement.

P.-E. Morhardt.

A. Herman Müller et **Hermann Klan**. ***Formes diverses d'inflammations aseptiques des méninges*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **177**, n° 6, 15 Juin 1935, p. 672-682). — Parmi les formes d'inflammations aseptiques des méninges, on doit distinguer, d'après M. et K., le méningisme qui survient au cours des infections et des intoxications diverses et qui doit être considéré comme dû à une augmentation de la production du liquide céphalo-rachidien ou d'une exsudation inflammatoire.

Cette forme doit être distinguée des méningites aseptiques épidémiques. Celles-ci, qualifiées aussi de séreuses, ont été décrites pour la première fois par Wallgren qui les a considérées comme des états pathologiques *sui generis*. Mais cette opinion n'est généralement plus admise et on tend souvent à les rattacher à l'encéphalite ou à la poliomyélite. Au point de vue symptomatique et épidémiologique, les infections de ce genre s'observent souvent à la fin de l'été et en automne, surtout chez les enfants. Le pronostic est très généralement favorable. Le liquide céphalo-rachidien est stérile, mais on y constate de la lymphocytose, parfois précédée d'une courte phase de polynucléaires, la glycorachie restant à peu près normale. La réaction du mastic donne un déplacement vers la gauche non spécifique. Enfin, au point de vue épidémiologique, on ne retrouve pas de relations avec une maladie infectieuse capable de provoquer une méningite.

Il est donné une observation de méningite aseptique secondaire concernant un homme de 41 ans qui présente de la tuméfaction ganglionnaire de l'aine avec phénomènes fébriles et symptômes de méningite. Ces derniers ont été caractérisés d'abord par leur évolution rapide (4 à 5 jours), par des modifications du liquide céphalo-rachidien (polynucléaires, augmentation de la pression, réaction positive au mastic et très fugitive), par des symptômes cliniques peu marqués, par un déplacement de l'hémogramme vers la gauche, etc.

Une revue de la littérature permet à M. et K. de montrer que les irritants bactériens ou chimiques les plus divers peuvent ainsi faire apparaître une méningite stérile, présentant les mêmes caractères que dans cette observation.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin)

Jorns (Iéna). ***Sur les troubles de la sécrétion interne et externe au cours des traumatismes du pancréas*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 4, Juin 1935, p. 520-527). — Trois méthodes nouvelles permettent d'explorer fonctionnellement le pancréas:

L'étude de la glycémie à jeun et de l'hyperglycémie provoquée;

La recherche de la diastasémie et de la diastasurie;

Le dosage de la lipase-atoxyl résistante dans le sérum sanguin.

On a tout d'abord expérimenté sur l'animal la valeur de ces méthodes. Chez le chien, Wohlgemuth et Noguchi, après contusion du pancréas, trouvaient de 24 à 72 heures après de grandes quantités d'amylase urinaire; Stocker a montré que la simple piqûre de la glande au bistouri détermine une hyperglycémie suivie d'une hypoglycémie; dans le cas de lésions étendues, l'hyperglycémie est constante et lorsqu'elle se prolonge, l'autopsie de l'animal montre des lésions de nécrose.

Divers auteurs ont pratiqué les épreuves fonctionnelles sur des malades présentant des lésions traumatiques sous-cutanées ou opératoires du parenchyme pancréatique; J. les a recherchées systématiquement dans 12 cas de contusion de l'abdomen. Dans 3 cas, elles ont donné un résultat positif, alors que rien n'attirait l'attention sur le pancréas et l'atteinte de cette glande est certainement plus fréquente qu'on ne le croit. Dans les diverses observations qu'il a pu relever dans la littérature, J. conclut que toute lésion de pancréas même très minime entraîne un trouble fonctionnel qui souvent n'est qu'éphémère. Il n'y a aucun rapport entre l'importance de ces troubles et celle du traumatisme initial; aussi ne peut-on poser d'indications opératoires du seul fait de l'existence de perturbations fonctionnelles. Il peut s'agir, en effet, de contusions minimes et sans gravité. Mais si les signes cliniques conduisent à une intervention, l'existence de ces troubles doit toujours faire songer à vérifier l'état du pancréas. Si les perturbations fonctionnelles persistent, c'est alors un signe de gravité, témoignant de l'existence d'une lésion importante de la glande, d'où l'intérêt de ces épreuves pour le pronostic. Néanmoins, les observations sont encore trop peu nombreuses pour que l'on puisse en tirer des conclusions définitives.

J. Sénèque.

Aackjaer (Copenhague). ***Sur les fractures méconnues du col du fémur*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 4, Juin 1935, p. 548-565). — A. attire l'attention sur une variété clinique spéciale de fracture du col du fémur, variété dans laquelle les signes subjectifs et objectifs sont réduits au minimum, si bien qu'en l'absence du contrôle radiographique la fracture peut passer complètement inaperçue et être prise pour une contusion simple de la hanche. A. a eu connaissance de 35 cas de fractures méconnues du col fémoral.

Dans la plupart des cas, le traumatisme initial était minime et les malades pouvaient continuer à marcher, monter les escaliers, sans douleur importante; le tableau clinique était celui d'une contusion, d'une rupture musculaire ou d'une entorse.

Sur 34 cas où l'âge est signalé, dans 12 cas les blessés avaient entre 15 et 27 ans, 17 entre 60 et 84 ans; 4 malades avaient respectivement: 44, 50, 53 et 54 ans.

Comme causes prédisposantes, on retrouve chez un homme de 84 ans une arthrite déformante de la hanche, chez 3 femmes âgées des troubles arthritiques des genoux avec inflammation antérieure de l'articulation de la hanche. Chez les jeunes, on n'a constaté aucune cause prédisposante, aucun signe de rachitisme.

Dans certains cas, les blessés sollicitent un examen lors des premiers troubles; ils peuvent parfois ne venir consulter que plus tard ou même à l'occasion d'un nouveau traumatisme où l'on découvre alors à la radiographie la lésion ancienne (12 cas). Dans 6 cas, enfin, c'est tardivement que le blessé vient à boiter et la radiographie vient démontrer l'existence d'une ancienne fracture méconnue du col du fémur.

A. termine en insistant sur le côté médico-légal de la question.

J. Sénèque.

Bakay et **Klimki** (Budapest). ***Au sujet du tétanos*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 4, Juin 1935, p. 574-595). — Du 1er Janvier 1928 jusqu'au 1er Avril 1932 on a observé en Hongrie 1.362 cas de tétanos avec une mortalité de 61 pour 100.

La plus grande partie des cas ont été consécutifs à des piqûres (499 cas), à des écrasements (305 cas), à des sections (74 cas), à une infection du moignon du cordon ombilical (44 cas), à des panaris (27 cas), à un intertrigo (22 cas), à des érosions cutanées (25 cas), à des hématomes sous-unguéaux (10 cas), à des gelures (14 cas), à des brûlures (7 cas), à des fractures ouvertes (21 cas), à des plaies contuses (17 cas), etc.

C'est surtout au printemps et en été que ces cas ont été observés, ce qui provient d'une part du fait que pendant ces mois un nombre très élevé de travailleurs ne portent pas de chaussures (fréquence du tétanos à porte d'entrée plantaire), et, d'autre part, du fait que le froid diminue la virulence microbienne et réduit les risques de contagion.

Un nombre très élevé est relevé jusqu'à l'âge de 20 ans (602 cas), puis de 20 à 30 ans (310 cas), avec 62 pour 100 de mortalité entre 1 et 10 ans; de 10 à 30 ans la mortalité a oscillé entre 50 et 60 pour 100. Au fur et à mesure que l'on s'avance en âge les cas ont été moins fréquents; par contre, la mortalité s'élève jusqu'aux environs de 90 p. 100.

Ce sont avant tout les enfants, les écoliers, les paysans, les journaliers, les employés d'auberges qui fournissent le plus grand nombre de cas de tétanos (1.194 cas).

La porte d'entrée a été le plus souvent une plaie du pied ou des orteils (724 cas avec 419 morts, soit une mortalité de 57,9 pour 100); viennent ensuite les plaies de la main et des doigts (148 cas avec 93 morts, soit une mortalité de 62,8 pour 100), puis les plaies de la région ombilicale (61 cas avec 56 morts, soit une mortalité de 91,8 p. 100), etc.; signalons cependant que les cas de tétanos après porte d'entrée: cervicale, laryngée, amygdalienne, thoracique, membre supérieur, en tout 14 cas, ont eu une mortalité de 100 pour 100.

En ce qui concerne les rapports entre la durée d'incubation et la mortalité, on note jusqu'au 5e jour: 246 cas avec 82,9 pour 100 de mortalité; de 6 à 10 jours: 350 cas avec 65,7 pour 100 de mortalité; de 11 à 14 jours: 201 cas avec 50,7 pour 100 de mortalité; de 15 à 19 jours: 30 cas avec 26,7 pour 100; au delà de 20 jours: 87 cas avec une mortalité qui se relève à 36,8 pour 100.

Les résultats du traitement sont les suivants :

Sérum et morphine: 577 cas avec 359 morts, soit 62,2 pour 100; sérum, sulfate de magnésie et morphine: 46 cas avec 20 morts, soit 57,8 p. 100;

sérum, hydrate de chloral et morphine: 320 cas avec 184 morts, soit 57,5 pour 100; sérum, sulfate de magnésie, hydrate de chloral et morphine: 90 cas avec 42 morts, soit 46,7 pour 100; sérum et luminal: 15 cas avec 10 morts, soit 66,7 p. 100; sérum, bromure et hydrate de chloral: 16 cas avec 11 morts, soit 68,8 pour 100; sérum, calcium et morphine: 8 cas avec 1 mort, soit 12,5 pour 100; sérum, avertine et sévénal: 4 cas avec 4 morts, 100 pour 100; sérum, sévenal, sulfate de magnésie et pernocton: 2 cas, 1 mort: 50 pour 100; sérum et néo-salvarsan : 1 cas, guérison; sérum, sulfate de magnésie et soude: 6 cas avec 3 morts: 50 pour 100; sérum, somnifène, hydrate de chloral et morphine : 3 cas, 3 morts; morphine, sévenal, hydrate de chloral, sulfate de magnésie : 6 cas avec 4 morts: 66,7 pour 100; sulfate de magnésie, hydrate de chloral, morphine: 33 cas avec 33 morts; hydrate de chloral, morphine et somnifène: 21 cas avec 14 morts: 66,7 pour 100; hydrate de chloral et bromures: 2 cas, 2 morts; sévenal et morphine: 2 cas; 2 morts; aucun traitement: 32 cas; 32 morts.

B. termine en attirant l'attention sur le traitement d'immunité de Ramon et Zöller.

J. Sénèque.

Benedek et **Hüttl.** ***Sur la valeur de la chordotomie dans les crises gastriques*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **161**, n° 4, Juin 1935, p. 621-645). — Dans toute la première partie de ce travail B. et H. exposent la technique de la chordotomie et les résultats des examens anatomo-pathologiques de la moelle chordotomisée.

Ils ont eu l'occasion de pratiquer trois chordotomies pour crises gastriques tabétiques.

Dans le premier cas, le malade a survécu six ans, ayant présenté dans les suites opératoires une escarre de décubitus qui finit par guérir. L'amélioration ne fut que de courte durée et les crises persistèrent jusqu'à la mort du malade.

Dans le deuxième cas, le malade mourut de complications infectieuses post-opératoires: escarre de décubitus et méningite purulente.

Le troisième cas enfin après une amélioration passagère vit ses crises reparaître avec une intensité croissante. Il est à signaler que chez ce malade les crises gastriques avaient été primitivement prises pour un ulcus gastrique ou duodénal; à l'intervention, on n'avait découvert qu'un spasme avec hypertrophie du pylore et on avait pratiqué sans résultat une pylorotomie. Mort six ans après la chordotomie.

B. et H. concluent qu'il faut préconiser le traitement médical dans les crises gastriques et que la chordotomie ne trouve ses indications qu'après échec des autres méthodes thérapeutiques.

J. Sénèque.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. Kramer. ***Tuberculose et contamination des religieuses infirmières*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **56**, n° 26, 19 Juin 1935, p. 546-554). — Des travaux publiés sur ce sujet il résulte qu'il est indispensable de soumettre le personnel soignant des services de tuberculeux à une surveillance continue et de séparer strictement dans les services les tuberculeux ouverts, des tuberculeux fermés. Depuis que l'on examine radiologiquement le personnel, on dépiste souvent la contamination, ce qui permet d'instituer un traitement précoce et efficace. La fréquence de la contamination tuberculeuse est très grande, comme le montrent les observations de K. Tandis que 1 pour 100 des infirmières des services de médecine générale ont contracté la tuberculose en l'espace de 5 ans, 16 p. 100 de celles affectées aux tuberculeux ont été contaminées, malgré l'excellente hygiène des installations.

K. propose de lutter contre cette contamination en excluant des services de tuberculeux les personnes présentant une cuti-réaction négative à la tuberculine, les sujets dont l'hérédité tuberculeuse est manifeste, et en employant autant que possible des infirmières ayant eu une atteinte légère guérie de tuberculose, ce qui diminue sérieusement les chances de superinfection, mais surtout en faisant appel exclusivement à des infirmières ayant dépassé la trentaine. Cette pratique a permis déjà de diminuer dans une grande mesure le nombre des contaminations.

P.-L. Marie.

R. Bieling. ***Importance des processus allergiques comme facteurs modifiant l'évolution des maladies infectieuses et déterminant des maladies chroniques*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **56**, n° 32, 10 Juillet 1935, p. 641-657). — Les recherches classiques de Schick et de Pirquet, sur la vaccine et la maladie du sérum, ont établi qu'à la suite d'une infection première par des germes pathogènes ou après traitement par une albumine étrangère, l'organisme garde pendant longtemps la faculté de réagir plus rapidement à toute nouvelle agression de la substance pathogène, les accidents morbides se déroulant alors d'une façon accélérée.

B. a retrouvé des faits analogues dans l'infection tuberculeuse. Chez le lapin inoculé une première fois avec des bacilles non pathogènes ou avec des bacilles tués, une réinfection avec des bacilles virulents provoque en quelques heures un tableau morbide très différent de celui que présentent les témoins inoculés pour la première fois avec ces mêmes bacilles, et caractérisé par un processus grave succédant immédiatement à la réinfection, aussi bien chez les animaux qui survivent que chez ceux qui succombent au choc infectieux. Ce processus réactionnel se traduit anatomiquement par des phénomènes exsudatifs de nature séreuse ou cellulaire, très différents morphologiquement de ceux qui suivent l'infection première. De plus, chez les animaux qui survivent au choc, le processus, bien qu'aigu et étendu, se calme rapidement et la maladie tend à la guérison si bien que les animaux triomphent d'une infection autrement mortelle. Les bacilles introduits dans la circulation chez l'animal réinfecté en disparaissent plus vite que chez celui qui est infecté pour la première fois et ils ne se multiplient plus dans le poumon de la même façon que lors d'une infection première. Hypersensibilité à forme exsudative et action destructrice sur les agents pathogènes vivants sont deux processus couplés et la guérison qui s'ensuit est la conséquence d'une immunité hyperergique.

Si l'on soumet un organisme préalablement immunisé à des apports répétés du même antigène, on assiste au développement d'affections réactionnelles chroniques et caractéristiques: production d'altérations thrombo-phlébitiques, se manifestant surtout au niveau des valvules du cœur (endocardite verruqueuse), périarthrites et arthrites chroniques, indépendantes de la nature de l'agent pathogène qui a déterminé la sensibilisation et la réaction, accidents bien connus dans les centres de fabrication des sérums. La production de ces altérations chroniques est ainsi la conséquence non spécifique d'un processus en lui-même strictement spécifique, à savoir la rencontre *in vivo* entre antigène et anticorps.

P.-L. Marie.

THE LANCET (Londres)

A. M. Clark et **R. Cruicksham.** ***Le traitement des brûlures*** (*The Lancet*, n° 5813, 26 Janvier 1935, p. 194-198). — Dans les brûlures graves, l'évolution se poursuit suivant trois phases: le shock primaire, la déshydratation et l'infection. Un traitement rationnel doit combattre ces phénomènes. Le shock est un mécanisme de défense. On doit autant que possible se garder de l'augmenter par l'anesthésie générale, notamment. La déshydratation peut être partiellement empêchée par l'application de solutions précipitant les protéines telles que l'acide tannique qui forme une pellicule protectrice au-dessus de la surface abrasée. L'administration de solutions salées par injections intraveineuses sous-cutanées ou par instillations rectales remédie aux pertes de liquide.

L'infection des plaies par le streptocoque hémolytique est fréquente malgré le traitement par l'acide tannique et est responsable de la fièvre et de la toxémie qui existent pendant les 5 premiers jours de la maladie.

C. et C. préconisent les applications de Dettol qui est un dérivé halogéné du xylénol dissous dans un mélange d'huiles essentielles et transformé ensuite en savon pour qu'il puisse être soluble dans l'eau. Le dettol aurait une action bactéricide très importante sur le streptocoque. Ils emploient le Dettol en solution à 20 pour 100 mélangé à l'acide tannique dans la proportion de 5 cmc de solution de dettol pour 100 cmc d'acide tannique. On applique ce mélange sur la surface de la blessure et sur les téguments environnants. Quand la fièvre est élevée et la toxémie sévère, ils font usage de sérum antistreptococcique scarlatineux concentré.

André Plichet.

Helen Mackay. ***Le taux de l'hémoglobine chez les mères de la classe ouvrière à Londres*** (*The Lancet*, n° 5834, 22 Juin 1935, p. 1431-1434). — La fréquence de l'anémie par manque de fer chez les nouveau-nés et les jeunes enfants a attiré l'attention sur le taux de l'hémoglobine des mères. Il résulte de l'examen de 336 femmes, qui nourrissaient leurs enfants ou qui étaient à la fin de leur grossesse, que la moyenne du taux de l'hémoglobine était chez elles de 85,5 pour 100 alors que la moyenne chez les femmes en bonne santé est de 98 pour 100. Le degré d'anémie était d'ailleurs semblable à celui de leurs enfants et probablement était de la même origine: le manque de fer. Il s'ensuit que pour éviter cette déficience sanguine qui est responsable de la non-résistance de cette classe sociale à l'infection, il faut instituer dans les hôpitaux, dans les dispensaires une alimentation et un traitement propres à empêcher cette carence.

André Plichet.

J. Hartfall et **H. Garland.** ***Le traitement aurique du rhumatisme*** (*The Lancet*, n° 5836, 6 Juillet 1935, p. 8-11). — La chrysothérapie dans le rhumatisme est encore au stade des expériences, mais elle est appelée à devenir le traitement de choix. H. et G. ont traité 100 cas de rhumatisme avec cette méthode. Dans 70 pour 100 des cas, il y eut guérison; dans 20 pour 100, amélioration et dans 10 pour 100, échec. Parmi les malades traités, il y en avait dont le début de l'affection remontait à plus de 20 ans et dont les articulations étaient gravement touchées.

On ne peut établir une règle commune de traitement, il est avant tout individuel. H. et G. ont fait usage surtout d'injections intraveineuses, commençant à 1 gr. et ne dépassant pas 2 gr. au total. Ils ont observé des réactions dans la moitié des cas, mais ces réactions sont la plupart bénignes et ne contre-indiquent pas le traitement. Cependant, les hémorragies, une dermite exfoliatrice commandent de cesser le traitement. Des lésions hépatiques et rénales l'interdisent. Ce traitement doit être fait sous surveillance médicale

André Plichet.

Mac Donald Holmes. ***Anémie aplastique : 2 cas traités par la transfusion et les nucléotides pentosiques*** (*The Lancet*, n° 5837, 13 Juillet, p. 71-73). — Dans l'anémie aplastique, la granulocytopénie fait partie des perturbations du sang au même titre que la diminution des globules rouges et des plaquettes. Il était logique d'essayer le traitement par les nucléotides pentosiques dont on connaît l'efficacité dans l'agranulocytose, conjugué avec les transfusions qui favorisent l'accroissement des globules rouges.

H. a appliqué cette méthode dans 2 cas d'anémie aplastique. Dans le premier cas, le chiffre de globules blancs était de 2.000. Dans le second cas, le chiffre des globules rouges était de 2.100.000 et celui des globules blancs de 1.000. Les transfusions donnèrent un léger accroissement des globules rouges dans le second cas. Par contre, les nucléotides n'amenèrent aucune production de globules blancs et les malades moururent.

Dans l'agranulocytose, la granulopénie est attribuable au défaut de maturation des globules blancs et la moelle osseuse fourmille de formes jeunes de globules blancs que les nucléotides forcent à cheminer dans le sang périphérique. Il n'en est pas de même dans l'anémie aplastique où il y a aplasie complète de la moelle aussi bien pour la lignée rouge que pour la lignée blanche.

André Plichet.

Dorothy Hare, Joan M. Ross et **A. Crooke.** ***Carcinome de la cortico-surrénale accompagné d'un syndrome pituitaire basophile de Cushing*** (*The Lancet*, n° 5838, 20 Juillet 1935, p. 118-120). — Il s'agit d'une jeune femme qui commença par se plaindre d'irrégularité des règles, suivies d'aménorrhée, de céphalées violentes accompagnées de vomissements. Six mois après, ses cheveux tombèrent, ses tempes se dégarnirent, en même temps que se développait un hirsutisme, surtout marqué au menton et sur la face antérieure du thorax. A partir de ce moment, elle se mit à augmenter de poids et prit le type masculin : adiposité de la face, du tronc, des épaules. La pression était élevée 20/14 avec une polycythémie importante. Un examen radiographique ne montra pas d'augmentation de la selle turcique, ni de décalcification des os. Les reins, à la pyélographie, apparaissaient normaux.

En raison de l'hirsutisme, de la pression élevée, on fit le diagnostic de tumeur surrénale et on opéra la malade sans succès.

La tumeur surrénale était située à gauche. Elle pesait 165 gr., ses dimensions étaient de 10×9×4. L'examen microscopique montra un adénome malin de la corticale. On trouva également des noyaux essaimés dans le foie, dans les poumons. A la surrénale droite, on trouva une hypoplasie de la corticale. La pituitaire paraissait normale, excepté le reliquat de la poche de Ratke qui était distendu par un coagulum gélatineux. Les coupes en série de la pituitaire ne décelèrent pas d'adénôme basophile. Le nombre des différentes cellules, chromophobes, acidophiles, basophiles, était dans les données normales. Il y avait seulement une vacuolisation spéciale des cellules basophiles du lobe antérieur.

André Plichet.

Wilfrid Oakley. ***L'alcalose dans le traitement de l'ulcère peptique*** (*The Lancet*, n° 5839, 27 Juillet 1935, p. 187-190). — L'usage de grandes quantités de bicarbonate de soude dans le traitement de l'ulcère de l'estomac a été introduit en thérapeutique par Sippy en 1915 et depuis cet alcalin tient une grande place dans le traitement de l'ulcère et des dyspepsies.

Cependant Hardt et Rivers ont publié en 1923 des cas où l'alcalose était mal compensée, amenant une élévation de la réserve alcaline et de l'urée sanguine.

O. relate l'observation de 7. cas de cet ordre où l'alcalose a même déterminé la mort de 3 malades. Quand la quantité de bicarbonate de soude absorbée dépasse 40 gr., on observe d'abord de la constipation opiniâtre, de l'anorexie, de la céphalée, de la prostration puis le malade s'achemine vers le coma urémique. Mais de tels accidents sont également à redouter avec des quantités moindres de bicarbonate de soude surtout si le malade vomit souvent et abondamment.

André Plichet.

Hess Thaysen. ***La proctalgie fugace*** (*The Lancet*, n° 5840, 3 Août 1935, p. 243-246). — Sous ce terme, T. décrit une douleur qui siège au-dessus du sphincter anal, apparaissant chez des sujets en bonne santé, à des intervalles variables, aussi bien le jour que la nuit. Cette douleur affecte toujours la même place chez le même patient. Elle est intense, de courte durée, comparable à une transfixion, à une brûlure. Elle peut s'accompagner de crampes épigastriques, de dyspnée qui donne l'impression au malade d'être gravement atteint. L'exploration rectale est muette, à peine voit-on à la rectoscopie des veines un peu turgescentes.

Cette douleur qui n'a rien de commun avec la douleur de la fissure anale, des hémorroïdes, de la coccydinie, de la rectite, de la prostatite, n'amène aucune perturbation dans le transit intestinal. Il n'y a ni diarrhée, ni constipation. Elle semble être d'origine nerveuse, mais elle est également différente des crises rectales ou intestinales du tabes.

L'étiologie en est inconnue. Pour le traitement la douleur est si brève qu'il ne peut s'agir que de moyens préventifs : belladone, gardénal, codéine. La dilatation anale, la correction d'une rétroversion utérine, chez la femme, n'amènent pas la guérison.

André Plichet.

Leslie Cole. ***Le traitement du tétanos avec l'anesthésie continue à l'avertine*** (*The Lancet*, n° 5840, 3 Août 1935, p. 246-248). — Plusieurs traitements ont été essayés pour empêcher les spasmes au cours du tétanos. En 1928, l'avertine a été indiquée par Lawen et Lindemann. En 1929, Momburg et Rotthaus ont donné avec succès 63 gr. d'avertine en 12 jours à un enfant pesant 20 kilogr.

C. a employé dans 10 cas de tétanos l'avertine. Dans les cas sévères la dose de 0,1 cmc par kilogramme de poids lui a toujours permis d'empêcher les spasmes et 4 fois cette dose pendant les 24 heures, huit jours successifs, ne lui a jamais donné d'accidents.

C. rapporte le cas d'un nouveau-né qui au sixième jour de sa naissance a été pris d'un tétanos sévère à point de départ ombilical. Les spasmes survenant toutes les deux minutes empêchaient naturellement l'alimentation et cyanosaient l'enfant qui semblait ne pouvoir vivre plus que quelques heures. L'enfant fut d'abord anesthésié à l'éther-oxygène. 100.000 unités internationales de sérum furent injectées dans les veines à travers la fontanelle et on lui administra 0,3 cmc d'avertine en goutte à goutte. Pendant cette anesthésie on passa une sonde par la narine pour le nourrir. Les spasmes cédèrent. L'avertine fut renouvelée plusieurs fois dans la journée et pendant 11 jours, tout en continuant le traitement par le sérum antitétanique, on donna quotidiennement en lavement des doses d'avertine variant entre 1 cmc et 2 cmc 4, au total 19 cmc 2 en 11 jours. L'enfant finit par guérir au bout de 23 jours ayant reçu 24 cmc 4 d'avertine.

André Plichet.

LA SEMANA MEDICA

(Buenos-Ayres)

J. A. Pangaro, J. L. Silvestre et **P. Bosq.** ***Artério-sclérose coronaire et diabète*** (*La Semana Medica*, t. 42, n° 10, 7 Mars 1935, p. 740-749). — Les scléroses artérielles des coronaires (et des artères des membres inférieurs) tiennent une place notable parmi les causes de mort des diabétiques, surtout depuis que l'on sait guérir le coma acidosique.

P., S. et B. ont pratiqué l'examen anatomique des coronaires chez 70 diabétiques. Dans 12 cas, ils ont mis en évidence des plaques d'athérome, perceptibles macroscopiquement, avec infarctus du myocarde. Dans l'ensemble, le poids du cœur était augmenté.

Les diabétiques étudiés avaient tous dépassé la cinquantaine. Le diabète remontait à moins d'un an dans le tiers des cas, à plus de 4 ans dans les deux tiers.

Un seul malade avait présenté un syndrome angineux. La plupart étaient atteints d'insuffisance cardiaque progressive, manifestée par des extra-systoles, des rétinites hémorragiques, des signes de sclérose rénale. La mort relevait d'un accident cardiaque dans la majorité des cas.

12 observations et protocoles d'autopsies.

G. d'Heucqueville.

M. Victoria et **J. L. Pavia.** ***Epilepsie et dégénérescence kystique de la rétine*** (*La Semana Medica*, t. 42, n° 10, 7 Mars 1935, p. 751-754). — Observation d'une enfant de 8 ans, présentant des accès convulsifs et une instabilité incompatible avec le régime scolaire.

On met en évidence un abaissement de l'acuité visuelle. A l'ophtalmoscope, la pupille paraît décolorée, l'on remarque des foyers kystiques.

V. et P. éliminent les diagnostics d'idiotie amaurotique infantile et juvénile, affections à double symptomatologie corticale et rétinienne, mais bien plus sévère. L'hérédo-syphilis détermine des lésions du fond d'œil différentes. D'ailleurs le traitement spécifique n'a donné aucun résultat.

Le cas ne se rattache donc pas à un cadre nosographique déterminé à ce jour.

G. d'Heucqueville.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA

(Sydney)

W. E. Fischer (Sydney). ***Hypotension*** (*The medical Journal of Australia*, 22e année, t. 1, n° 4, 26 Janvier 1935, p. 110-118). — L'hypotension artérielle est plus fréquente qu'on ne le croit. Sur 300 sujets, venus consécutivement à une consultation et âgés de 18 ans et plus, 72 (24 pour 100) avaient une pression systolique de 110 mm. ou au-dessous. Ce chiffre peut être considéré comme le niveau au-dessous duquel on peut dire qu'il y a hypotension. Ce sont les hommes qui présentent le plus d'hypotension artérielle et les cas les plus graves.

Il faut distinguer les hypotensions acquises ou symptomatiques de celles qui sont essentielles.

Certaines hypotensions sont transitoires, comme celle engendrée par le nitrite d'amyle ; d'autres sont persistantes comme dans la cachexie, ou progressives comme dans la défaillance cardiaque après infarctus ; elles sont absolues, comme dans la maladie d'Addison, ou relatives comme dans l'asystolie des hypertendus, et cela fait autant de cas dans lesquels diagnostic et pronostic sont différents.

Dans le groupe des hypotensions congénitales, il en est de degré moyen, sans complications et sans symptômes, et d'autres compliquées par diverses maladies comme une infection générale ou


VICHY ETAT


POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS-15e. Vaugir. 11-23

vénérienne. Les cas les plus rares sont les hypotensions sévères qui méritent le terme de malignes.

Par sa fréquence, par les problèmes qu'elle pose, l'hypotension artérielle est digne d'attirer l'attention et d'être recherchée systématiquement.

Robert Clément.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

De Harven. ***La stase duodénale*** (*Le Scalpel*, t. **88**, n° 23, 15 Juin 1935, p. 729-743). — La stase duodénale a pris une grande importance pratique aussi bien pour les médecins que pour les chirurgiens. Elle se manifeste soit par un syndrome d'occlusion aiguë, soit sous une forme chronique.

L'occlusion duodénale *aiguë* ne se manifeste pas au début par des symptômes alarmants. Le patient est apathique, le pouls faible et rapide, la pression basse, puis apparaissent brusquement des symptômes de collapsus avec peau moite, expression anxieuse, délire et coma. Le vomissement est constant, mais il peut n'apparaître que tardivement; il se fait sans effort et ne vide pas l'estomac; le liquide est fluide ou épais, jaunâtre, le plus souvent verdâtre ou brunâtre; très malodorant, il contient de la bile et du sang. La soif est intense, les urines deviennent rares, le sang se déshydrate et évolue vers l'alcalose.

Le diagnostic est en général facile, il ne faut pas confondre l'occlusion aiguë du duodénum avec la péritonite, l'urémie et l'acidose.

Au point de vue thérapeutique, il faut laver l'estomac, restituer à l'organisme la quantité d'eau qui lui est nécessaire et s'efforcer de supprimer la compression mésentérique du duodénum (position génupectorale ou ventrale, les pieds élevés). Le traitement chirurgical doit être abandonné; il donne une mortalité effrayante, beaucoup plus considérable qu'avec le traitement médical. Il s'agit d'une véritable toxémie duodénale sur la pathogénie de laquelle on est encore mal fixé.

La stase duodénale *chronique* se manifeste surtout par des vomissements, des maux de tête et l'amaigrissement, il y a souvent en même temps de la dépression physique et morale, des troubles cardiaques, du refroidissement des extrémités, des paresthésies. Suivant le siège de l'obstruction, on a surtout des symptômes gastriques ou des vomissements bilieux. Les signes physiques et objectifs sont ceux de l'obstruction pylorique. On peut faire le diagnostic cliniquement, mais la radiologie est un élément d'information précieux.

Le traitement non opératoire ressemble à celui de l'entéroptose et de la stase intestinale. Il doit être poursuivi de longs mois. Un grand nombre d'opérations ont été pratiquées avec succès. Elles sont de plusieurs types, le choix dépendra de la variété anatomique de l'occlusion.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

A. J. Patek et **G. A. Daland.** ***Effet de l'injection d'adrénaline sur la formule sanguine des sujets splénectomisés ou non*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **190**, n° 1, Juillet 1935, p. 14-21). — On sait que l'injection d'adrénaline est suivie de modifications de la formule sanguine, consistant d'ordinaire en leucocytose et augmentation des globules rouges, modifications que, depuis Barcroft, on met sur le compte d'une contraction physiologique de la rate sous l'influence de l'adrénaline.

P. et D. ont étudié, avant et après injection d'adrénaline, le sang de 2 sujets normaux, de 9 malades atteints d'ictère hémolytique, dont 4 splénectomisés, et de 9 malades ayant de grosses rates d'origine variée.

Dans aucun cas ils n'ont trouvé de différences significatives, constantes ou un peu durables, dans le chiffre des hématies, dans les valeurs de l'hématocrite ni dans le taux de l'hémoglobine. Chez tous les sujets il s'est produit une leucocytose marquée, portant sur les éléments myéloïdes et lymphoïdes à la fois, et se caractérisant par des formes mûres.

Comme ces modifications ne se montrèrent pas plus accusées chez les sujets ayant leur rate que chez les splénectomisés, elles ne peuvent guère être attribuées à la contraction de la rate. P. et D. mettent les effets observés sur le compte d'une modification d'ordre mécanique dans le courant circulatoire, intéressant plusieurs organes ou systèmes (foie, peau, vaisseaux splanchniques, etc.) sensibles à la stimulation adrénalinique.

P.-L. Marie.

A. Levinson et **O. Saphir.** ***Encéphalite hémorragique foudroyante*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **190**, n° 1, Juillet 1935, p. 42-50). — L. et S. relatent 5 cas d'encéphalite hémorragique foudroyante. Dans un cas la mort fut subite; dans les autres elle se produisit de 4 à 48 heures après le début. Dans 4 de ces cas il s'agissait de très jeunes enfants. Chez tous l'autopsie montra l'existence d'une broncho-pneumonie, mais l'intensité des symptômes d'encéphalite permet de rapporter la cause de la mort à cette dernière.

Cette encéphalite se caractérise par son début brutal, l'intensité de la dyspnée, le coma et l'évolution rapidement fatale. Le liquide céphalo-rachidien peut être hémorragique, mais il est d'ordinaire incolore, présentant ou non une réaction cellulaire; ses modifications dépendent de l'importance de l'atteinte méningée.

L'autopsie montre de l'hyperémie du cerveau et des hémorragies pétéchiales; histologiquement, on constate la présence d'un exsudat hémorragique et des amas de lymphocytes et de neutrophiles autour des vaisseaux. Chez un malade, un homme de 37 ans, l'encéphalite hémorragique s'était superposée à une encéphalite ancienne. Chez les enfants on trouva généralement une hyperplasie de l'appareil lymphoadénoïdien.

Ces cas montrent que l'encéphalite hémorragique peut être la cause de morts subites. L. et S. ne se prononcent pas sur la nature de ces encéphalites.

P.-L. Marie.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA
(Stockholm)

Vagn Askgaard. ***Le traitement par l'atropine à hautes doses des séquelles de l'encéphalite épidémique chronique*** (*Acta psychiatrica et neurologica*, vol. **10**, fasc. 3, 1935, p. 203-210). — Nonne et après lui nombre d'auteurs ont traité par l'atropine à doses progressives le parkinsonisme post-encéphalitique. Entre autres, Lœwenstein commence par des doses de 1/4 de milligr. 3 fois par jour et arrive à des doses quotidiennes de 15 à 20 milligr. Il atteint d'emblée des doses élevées et descend jusqu'à la dose la plus faible qui donne les meilleurs résultats. Cet auteur observa une action favorable sur les bâillements, les cris, les tics faciaux, les blépharospasmes, les troubles du sommeil, le tremblement, les troubles de la démarche, de la statique et de la parole, ainsi que sur la bradyphrénie. Les troubles de la respiration et l'hyperphrénie ne furent pas améliorés.

A. a traité 12 parkinsoniens post-encéphalitiques typiques dont 3 très graves. 4 d'entre eux ne furent pas modifiés dont 1 qui ne supporta pas le traitement. Les 8 autres furent plus ou moins améliorés. Chez l'un, la rigidité ne fut pas améliorée au début du traitement, mais plus tard. Chez un autre, les crises oculogyres disparurent. Dans l'ensemble, les troubles subjectifs et objectifs furent améliorés. Les malades, immobilisés avant, pouvaient s'occuper, étaient plus vifs et capables d'initiative. Les troubles psychiques furent également améliorés, hormis ceux qui ne relèvent pas du parkinsonisme.

A. n'a observé que peu de signes d'intoxication, hormis la sécheresse de la bouche, et la rétention d'urines. A. a donné des doses de 30 à 40 milligr. par jour, mais les doses moyennes restèrent entre 6 et 20 milligr.

Le traitement des parkinsoniens par l'atropine à hautes doses a non seulement un intérêt médical, mais un objectif social, puisqu'il permet à des malades immobilisés de reprendre leurs occupations.

H. Schaeffer.

Knud H. Krabbe et **P. A. Schwalbe-Hansen.** ***Les spondylites nécrotisantes chez les tabétiques*** (*Acta psychiatrica et neurologica*, vol. **10**, fasc. 3, 1935, p. 317-343). — K. et S. apportent une contribution nouvelle à l'étude des ostéoarthropathies tabétiques du rachis sous la forme de 7 observations personnelles.

Tous les malades avaient un tabes dorsal avec abolition des réflexes tendineux, le plus souvent un signe d'Argyll et des réactions humorales positives. Sur 7 cas il y avait 6 hommes et 1 femme. La contamination spécifique était ancienne, et variait entre 9 et 36 ans. Dans 6 cas les vertèbres lombaires sont intéressées, et dans 1, la 12e dorsale. Pas de pléiocytose du liquide céphalo-rachidien, mais albuminose discrète dans 5 cas (de 25 à 50 centigr.), 1 gr. d'albumine dans 1 cas, et dans un autre albuminose considérable avec syndrome de coagulation massive, ce qui permet de supposer l'existence d'un blocage dans ce dernier cas.

La radiographie montre une ou deux vertèbres détruites ou comprimées avec spondylite déformante des vertèbres voisines. Cette spondylite existait seule dans un cas.

La pathogénie de ces arthropathies reste encore discutée. Il semble que si la théorie neurotrophique était valable ces arthropathies devraient se rencontrer dans les myélopathies aiguës ou chroniques non syphilitiques, encore que cet argument n'ait qu'une valeur relative.

K. et S. émettent l'hypothèse que les artères nourricières des corps vertébraux passant dans le voisinage des ganglions spinaux qui sont le siège d'une méningite syphilitique, ces vaisseaux peuvent présenter des lésions inflammatoires de voisinage et être atteints d'endartérite oblitérante expliquant la nécrose des corps vertébraux. Cette hypothèse aurait besoin d'être vérifiée.

H. Schaeffer.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

Gertrud Mosberg et **E. Behr.** ***Lipogranulome et adiponécrose sous-cutanée du nouveau-né*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **79**, n° 25, 22 Juin 1935, p. 3050-3058). — Makai a décrit, en 1928, de petites tumeurs observées chez 4 enfants et constituées, au point de vue histologique, par un tissu gras contenant quelques cristaux et un tissu de granulation avec cellules géantes. Au cours de l'évolution, il apparaît au centre de ces tumeurs une zone de nécrose qui est lentement résorbée et transformée en tissu conjonctif. Des observations analogues ont été faites de-

puis lors par de nombreux auteurs et ces altérations ont été généralement considérées comme d'origine traumatique. Mais d'autres causes peuvent également intervenir de sorte qu'on est amené à suivre la classification de Abrikossow qui répartit ces lésions en quatre groupes: les lipogranulomes artificiels par injection (oléogranulomes), les lipogranulomes traumatiques principalement du sein, les lipo-granulomes périinflammatoires et, enfin, les lipo-granulomes spontanés.

Entre cette affection et l'adiponécrose sous-cutanée du nouveau-né, il existe des analogies indiscutables. C'est un cas de ce genre que M. et B. ont eu l'occasion d'observer chez un nouveau-né qui, à la naissance, présentait une asphyxie marquée. On fut ainsi conduit à lui administrer des injections de lobéline, des affusions d'eau chaude et froide, des claques sur les fesses, puis à pratiquer la manœuvre de Schultze. Peu après, il apparut dans la région du dos, des taches rouges bleuâtre légèrement surélevées qui furent considérées comme dues à des hématomes. D'autre part, l'enfant présente une lésion cardiaque et un teint légèrement asphyxique. Sur le dos, entre les omoplates, on constate l'existence d'une plaque grande comme la paume de la main et en forme de papillon. Cette plaque est infiltrée et très mobile sur le plan sous-jacent. On peut même introduire quelque peu les doigts entre sa face profonde et le thorax. Cette plaque ne paraît pas douloureuse à la palpation et n'est pas chaude.

On procède à une biopsie et l'examen de la pièce permet de constater que l'épiderme est normal de même que le chorion. Le tissu cellulaire sous-cutané est si riche en cellules que la structure normale a disparu. Les cellules sont constituées par des mononucléaires ainsi que par des cellules géantes à disposition très capricieuse. Les polynucléaires sont rares et on trouve des produits cristallins disposés en rosette, siégeant moitié dans les cellules, moitié en dehors. Ces cristaux sont biréfringents. La réaction de la cholestérine est négative ainsi que celle de Benda-Fischler pour les acides gras.

Au point de vue chimique, il y a lieu d'admettre que la β-palmitodistéarine est en proportion beaucoup plus élevée que normalement. De plus, il faut penser que la cristallisation de cet acide est survenue du fait non pas d'une sursaturation ou d'un abaissement de la température, mais par modification du milieu, de sorte qu'on doit admettre l'existence d'un facteur endogène. Actuellement, d'ailleurs, ce facteur ne saurait être encore précisé. L'asphyxie n'a vraisemblablement pas joué de rôle en modifiant le p_H car il est fréquent d'observer des enfants asphyxiques ayant été soumis à un traumatisme, tandis que les plaques d'adiponécrose sont fort rares. De plus, au cours d'une série d'expériences faites sur des cobayes rendus asphyxiques par compression de la trachée, il n'a pu être obtenu aucune cristallisation des graisses.

On ne doit pas considérer qu'il y a identité entre l'adiponécrose et la lipogranulomatose. En effet, dans l'adiponécrose, ce qui est caractéristique, ce sont les cristaux de graisses neutres tandis que dans le lipogranulome, il s'agit surtout de cristaux d'acide gras.

P.-E. Morhardt.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

W. Silberschmidt. ***Chimiothérapie par inhalation. Expériences avec les trypanosomes*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 24, 15 Juin 1935, p. 551-553). — S. a repris les recherches qu'il avait faites antérieurement et au cours desquelles il avait réussi à réaliser une immunité passive contre la diphtérie et contre le tétanos en pratiquant chez les animaux d'expérience des inhalations d'anatoxine et d'antitoxine (Voir *La Presse Médicale* du 6 Février 1935).

Dans ses nouvelles recherches, il a procédé à une série d'expériences avec le Trypanosoma evansi. Il a pu ainsi constater que l'inhalation d'une solution de tartre stibié à 2 ou 5 pour 100, en gouttelettes très fines, prolonge la vie des rats et des souris auxquels la méthode est appliquée. Tandis que les sujets de contrôle meurent en trois à neuf jours, les animaux soumis aux inhalations survivent trente jours et parfois indéfiniment. Dans quelques cas, malgré l'inhalation, on a continué à constater l'existence de trypanosomes dans le sang. D'autres fois, les parasites ont disparu.

Ainsi, tantôt le tartre stibié s'est montré suffisant aux doses utilisées, tantôt il n'a pas eu d'action. Chez certains animaux, cette thérapeutique poursuivie pendant quatre semaines n'a pas empêché la mort de survenir après la cessation du traitement du fait de trypanosomes. De plus, un certain nombre d'animaux qui n'avaient plus de trypanosomes dans le sang sont morts d'intoxication par le médicament.

En tout cas, ces expériences démontrent que des médicaments en pulvérisation fine peuvent agir favorablement sur une infection mortelle par trypanosomes.

P.-E. Morhardt.

W. Strempel, O. Mündel et L. Huber. ***La fréquence du type bovin du bacille de la tuberculose en cas de tuberculose humaine dans l'arrondissement de recherches de Berne*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 24, 15 Juin 1935, p. 554). — Pour déterminer la fréquence du type bovin de la tuberculose, il a été examiné 200 souches provenant de la Station de recherches de l'Institut d'hygiène et de bactériologie de l'Université de Berne. Sur ces 200 souches, il en est 17, soit 8,5 pour 100, qui appartenaient au type bovin et 183 au type humain. Le type aviaire n'a pas été trouvé. Sur 8 cas de tuberculose infantile, il y en avait 3 qui étaient dus à des souches bovines.

Sur 60 cas de tuberculoses pulmonaires, un seul était dû à ce type bovin. Dans le cas de tuberculose des os, des articulations, ce nombre s'est élevé à 6 sur 12 (14,3 pour 100), dans ceux de tuberculose généralisée à 1 sur 5 (20 pour 100), dans ceux de méningite tuberculeuse à 1 sur 8 (12,5 pour 100), dans ceux de tuberculose des ganglions cervicaux à 3 sur 8 (35,5 pour 100), dans ceux de tuberculose urogénitale à 3 sur 58 (5,2 pour 100).

D'autre part, sur 60 échantillons de crachats, il a été trouvé une seule fois une souche bovine. Il y a lieu d'admettre que l'infection en cas de bacilles bovins se fait rarement par contact et le plus souvent par consommation de lait contenant des bacilles. C'est ce qui a amené S. et ses collaborateurs à rechercher dans quelle proportion le lait cru avait été consommé par les malades. Il a été obtenu ainsi 134 réponses d'où il résulte que 33,3 pour 100 de ceux qui sont atteints de tuberculose bovine ont consommé beaucoup de lait cru alors que pour ceux qui sont atteints de tuberculose humaine, cette proportion s'abaisse à 11,5 pour 100. Il ne semble pas, par ailleurs, qu'il y ait de différence à ce point de vue entre les populations urbaines et rurales.

P.-E. Morhardt.

Fr. Verzar. ***Activité de la muqueuse intestinale au cours de la résorption*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 25, 22 Juin 1935, p. 569-576). — Selon V. la résorption, loin d'être un phénomène actif, représente essentiellement un processus de diffusion qui peut être modifié dans certains cas par une activité spéciale de la muqueuse. Il en est ainsi, notamment en ce qui concerne les sucres dont la vitesse de résorption varie expérimentalement de 115 pour le galactose ou de 100 pour le glucose, à 30 pour le sorbose et le xylose et à 29 pour l'arabinose. Pour ces derniers sucres, il intervient un processus de diffusion pur, car la résorption est d'autant plus grande que la concentration de la solution est plus élevée. Par contre, pour le glucose qui possède un poids moléculaire analogue à celui du sulfate de soude, il intervient un autre phénomène qui n'est autre que sa phosphorylisation immédiate et qui peut être inhibée par l'acide monoiodacétique. Il en est de même pour le galactose. Mais les autres sucres qui sont résorbés beaucoup plus lentement ne peuvent pas être phophorylés.

La résorption des graisses offre également un exemple de désintégration qui modifie les effets de la diffusion. Les graisses neutres ne sont résorbées qu'après dédoublement par les lipases et les acides gras résultants sont transformés par la bile en une combinaison complexe où les acides biliaires interviennent et qui est stable, diffusible et résorbable. Ce complexe est dédoublé à son tour en un élément des phosphatides. Le gradient de diffusion pour les acides gras tend donc constamment à augmenter dans les cellules épithéliales et à hâter ainsi la résorption.

En ce qui concerne les stérines, les parois intestinales apportent une sélection très hautement spécifique. Il est possible que ces différences dans la résorption soient dues à ce que certaines stérines comme la cholestérine seraient estérisables tandis que d'autres comme la phytostérine ne le seraient pas. D'ailleurs, la cholestérine est transportée non pas par la veine porte, mais par les voies lymphatiques et, en tout cas, aussitôt après avoir traversé l'épithélium intestinal, la cholestérine est de nouveau libérée. Il en est de même pour l'acide glucose-phosphorique qui libère du glucose en arrivant dans le sang et pour les phosphatides qui libèrent des graisses neutres aussitôt après avoir traversé les muqueuses. Il intervient des phénomènes sélectifs de ce genre en ce qui concerne les substances colorantes du sérum qui ont pour origine les produits de désintégration de l'hémoglobine et qui interviennent comme régulateurs du nombre des érythrocytes.

En ce qui concerne l'eau, la paroi intestinale est complètement perméable dans les deux sens, comme le montrent en particulier les expériences faites avec l'eau lourde. D'ailleurs, le chyme intestinal, qui possède une pression osmotique et une concentration ionique analogue à celle du sang, diffuse sous l'influence de la pression colloïdosmotique, soit par filtration favorisée par les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques.

Il paraît probable que les surrénales jouent un rôle important dans les processus de phosphorylisation qui interviennent dans la résorption. Effectivement, l'extirpation de ces glandes entraîne une fatigabilité rapide précisément parce qu'ainsi se trouve supprimée la stimulation de la phosphorylisation qui est produite par les surrénales. L'extirpation des surrénales a d'ailleurs les mêmes effets empêchants sur la résorption des graisses. A ce propos, V. rappelle que la pellagre et la sprue s'accompagnent de troubles de la résorption des graisses et, dans ces deux affections qui sont considérées comme des avitaminoses B_2, on a trouvé, à plusieurs reprises, des altérations des surrénales. Les relations entre la carence de vitamine et le fonctionnement des surrénales amènent V. à penser que l'hormone est fabriquée aux dépens de la vitamine.

On doit donc considérer une véritable pathologie de la résorption indépendante des altérations de la muqueuse digestive et de la digestion.

P.-E. Morhardt.



REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

F. Rathery, L. Roy et **M. Conte.** ***Les variations spontanées de la glycémie chez le diabétique durant le nycthémère*** (*Paris Médical*, t. **25**, n° 27, 6 Juillet 1935, p. 9-23). — Des recherches faites par un certain nombre d'auteurs, et des travaux personnels (4 sujets normaux, 8 diabétiques simples, 3 diabètes consomptifs), montrent que dans les 24 heures le taux de la glycémie subit, même chez le sujet normal, des oscillations; elles sont chez ce dernier de peu d'amplitude, mais elles acquièrent chez le diabétique simple, et surtout chez le consomptif, une étendue beaucoup plus grande.

On avait pensé que ces oscillations tenaient aux repas, et l'ingestion de glucides peut expliquer certaines oscillations, mais, chez les sujets à jeun, même sans aucun repas, la courbe glycémique journalière est irrégulière. Ses montées et ses descentes souvent importantes sont surtout marquées chez les diabétiques graves. La montée nocturne et la chute diurne sont fréquentes, mais aucun type de courbe glycémique n'est constant : chaque diabétique fait sa courbe glycémique à sa manière et il ne la fait pas constamment suivant le même type.

Ces variabilités de la courbe glycémique expliquent bien des incidents rencontrés au cours du traitement insulinique. Souvent, la chute de la glycémie se produit vers midi ou 5 heures, c'est à ce moment que les accidents d'intolérance sont les plus fréquents. Avant de prescrire l'insuline, il serait important de connaître le type de la courbe glycémique de chaque malade, mais c'est là un conseil théorique, car elle varie chez le même malade.

Ces faits font comprendre la complexité du problème thérapeutique de l'administration correcte de l'insuline chez les diabétiques.

Robert Clément.

P. Sainton. ***L'hyperparathyroïdie*** (*Paris Médical*, t. **25**, n° 27, 6 Juillet 1935, p. 27-33). — Chez un enfant de 5 ans, atteint de purpura hémorragique, sous l'influence d'un traitement d'injections de gluconate de calcium et de 100 unités d'extrait parathyroïdien pendant 6 jours, survinrent des vomissements, un état léthargique, avec abolition des réflexes rotuliens, température et élévation du taux du calcium sanguin. Après suppression de l'extrait parathyroïdien, le calcium retomba à la normale. Aucune altération osseuse ne put être décelée radiologiquement. Lowenburg, Harry et Gnisbourg considèrent qu'on peut regarder cette observation comme celle d'une hyperparathyroïdie aiguë.

L'hyperparathyroïdie chronique se manifeste par des symptômes osseux : ostéite fibro-kystique de Recklinghausen ou ostéose parathyroïdienne et par des syndromes extra-osseux encore à l'étude. Parfois, il s'agit d'un syndrome rénal consistant en polyurie et polydypsie et en coliques néphrétiques. Dans 5 cas publiés, il n'y avait aucune lésion osseuse à la radiographie. L'existence de tumeur parathyroïdienne ne fut reconnue radiologiquement que dans 2 cas; la nature des autres ne fut décelée que par l'examen histologique de la tumeur enlevée.

Des troubles digestifs, anorexie, vomissements, crises gastriques et intestinales ont été signalés dans un certain nombre de cas d'ostéite fibro-kystique. Des vomissements paroxystiques, s'accompagnant de décalcification osseuse diffuse, des syndromes digestifs variés, rappelant parfois le cancer de l'estomac, existaient chez des sujets qui présentaient, à l'autopsie, des tumeurs parathyroïdiennes ou guérirent à la suite d'intervention sur les parathyroïdes. Chez une femme de 51 ans, qui avait des douleurs épigastriques et abdominales, des vomissements accompagnés de constipation opiniâtre, une asthénie profonde, un squelette décalcifié, de l'hypercalcémie avec hypophosphorémie, on découvrit un adénome éosinophile de la parathyroïde droite. Dans certains cas, où le diagnostic de manifestations digestives est évident, la recherche du bilan calcique et phosphoré peut mettre sur la trace d'un syndrome hyperparathyroïdien insoupçonné. Lorsqu'il existe des adénomes parathyroïdiens, il faut les enlever. La radiothérapie présente de nombreuses difficultés.

Quant à la sclérodermie et à la cataracte, pour lesquelles on a évoqué l'hyperparathyroïdie, des faits paradoxaux, la coexistence avec la tétanie notamment, ne permettent pas encore de conclusions fermes à ce sujet.

Robert Clément.

Costedoat et **Aujaleu.** ***Valeur de la réaction myasthénique*** (*Paris Médical*, t. **25**, n° 28, 13 Juillet 1935, p. 45-49). — Jolly appela « réaction myasthénique » une réaction électrique spéciale qui existe dans la myasthénie grave et qu'il considéra comme spécifique. Cette réaction d'épuisement se rencontre fréquemment, en effet, au cours de la myasthénie grave, syndrome d'Erb-Goldflamm, mais elle peut faire défaut, même dans des cas sérieux. En revanche, elle s'observe et d'une manière qui n'est pas exceptionnelle, dans d'autres maladies qui lèsent le système nerveux ou les glandes endocrines, dans l'encéphalite épidémique en particulier.

Oppenheim a trouvé la réaction d'épuisement chez de jeunes soldats qui paraissaient cliniquement tout à fait sains.

On peut en provoquer expérimentalement l'apparition chez des sujets ou des animaux sains, en modifiant les conditions de nutrition des muscles. Chez des lapins traités par des injections de phlorisine, substance qui fait disparaître le glycogène des muscles, C. et A. ont observé des réactions myasthéniques très nettes. On peut faire apparaître aussi chez l'animal des symptômes cliniques et électriques de myasthénie en provoquant l'ischémie d'un membre par compression ou en augmentant la calcémie.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès et **J. Marton.** ***Danger des réactions histologiques suscitées par le carbone intraveineux*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **56**, n° 28, 14 Juillet 1935, p. 438-440). — L'étude anatomo-pathologique des viscères, notamment des poumons, après injection d'une suspension de carbone dans la veine de l'oreille du lapin, montre quelquefois, dans les premiers jours qui suivent les injections, de petits infarctus rouges des poumons au niveau ou dans le voisinage de particules charbonneuses souvent agglomérées. Cette anthracose n'entraîne pas au début de grosses réactions cellulaires. Une semaine après, et surtout 15 jours à 3 semaines plus tard, on observe un processus anatomo-pathologique en évolution, se présentant comme un semis de pseudo-tubercules anthracosiques, microscopiques, entrecoupés de larges traînées de tissu pneumonique interstitiel riche en cellules. Les autres viscères sont beaucoup moins atteints.

Si l'on introduit le carbone dans le ventricule gauche, beaucoup de viscères sont infiltrés de charbon : les reins, les surrénales, les poumons, etc.

Ces expériences sont destinées à mettre en garde contre la possibilité de danger des injections intraveineuses de suspension de carbone dont les particules sont volumineuses. Même si une trituration plus poussée du produit ramenait le diamètre des particules charbonneuses à celui des éléments qui circulent dans le sang, on n'éviterait pas les réactions histologiques du parenchyme pulmonaire et des autres organes. Il faut donc être prudent dans l'emploi des injections intra-veineuses de charbon.

Robert Clément.

ANNALES D'OCULISTIQUE (Paris)

Henri Lagrange et **Anne-Marie H. Lagrange.** ***L'abolition isolée du réflexe pupillaire d'adaptation à la lumière (La valeur sémiologique du signe d'Argyll-Robertson)*** [*Annales d'oculistique*, 97e année, t. **172**, 8e livraison, Août 1935, p. 631-672]. — La découverte du signe d'Argyll-Robertson et la série des interprétations auxquelles il a donné lieu sont rappelées en détail. De pareils retours historiques sur les origines des notions actuelles sont particulièrement utiles en ce qu'ils soumettent de nouveau à la critique les motifs qui ont fixé ces notions. Du présent travail, il résulte que les critères invoqués pour distinguer les signes d'Argyll-Robertson vrais et faux sont faillibles. La constatation de troubles pupillaires doit faire penser à la neuro-syphilis, mais d'autres lésions peuvent être mises en cause et le diagnostic doit être prouvé par les examens complémentaires.

A. Cantonnet.

A. Brienafama Uriarte (Montevideo). ***Mouvements pupillaires. Une nouvelle théorie sur la pathogénie du signe d'Argyll-Robertson*** (*Annales d'oculistique*, 97e année, t. **172**, 8e livraison, Août 1935, p. 672-687). — B. U. soutient que « dans le jeu pupillaire photomoteur la phase primordiale est la dilatation et non pas, comme il est admis, la contraction ». L'immobilité de la pupille à l'approche de la lumière s'explique non par une absence de contraction, mais par le fait que la pupille, déjà contractée au maximum par paralysie du dilatateur, ne peut plus se contracter davantage. On peut objecter que pour réaliser l'immobilité pupillaire, il faudrait une paralysie complète du dilatateur; le myosis serait alors extrême, ce qui n'est pas nécessairement le cas quand il y a abolition du réflexe photomoteur. B. U. appelle l'attention sur les difficultés dont ne rendent pas compte les interprétations classiques et cherche à les résoudre à la lumière de sa théorie originale.

A. Cantonnet

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
(Paris)

Marcel Labbé et **Gilbert Dreyfus.** ***Diabète et grossesse*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. **32**, n° 1, Juillet 1935, p. 7-54). — Cette mise au point est extrêmement importante parce que l'insuline a permis la fécondation à beaucoup de femmes diabétiques, parce qu'ensuite elle leur a permis de mener à bien leur grossesse et parce que l'évolution de nos idées sur ce point a été, pour une grande part, l'œuvre de Marcel Labbé. Le présent article est fondé sur 17 observations personnelles suivies pendant un temps prolongé.

Troubles glyco-régulateurs chez une femme normale jusqu'à la grossesse. — Il peut s'agir 1° de glycosurie par abaissement du seuil rénal; 2° de glycosurie par paradiabète (insuffisance hépatique, troubles endocriniens) ou 3° de ces deux états associés. Et, dans toutes ces éventualités, la malade sera mise au régime végétarien qui respecte le foie et ne recevra pas d'insuline. Enfin il peut s'agir d'un diabète gravidique, apparaissant avec la grossesse et disparaissant avec l'accouchement, mais ces disparitions complètes sont rares. Ces cas sont graves pour la mère et pour le fœtus. Le processus morbide brûle les étapes. Cependant, appliquée correctement et à temps, l'insuline transforme le pronostic. Le difficile est que le traitement est souvent commencé trop tard par méconnaissance du diabète.

Diabète antérieur à la grossesse. — L. et D. ne croient pas à la fréquence des cas où le diabète est amélioré par la grossesse. Dans un certain nombre de cas, le retentissement de la grossesse sur des diabètes sans dénutrition est nul ou minime; il peut, exceptionnellement, en être de même pour des diabètes avec dénutrition et acidose. Enfin, souvent, le diabète est aggravé par la grossesse. Néanmoins, entre des mains expérimentées, le pronostic est beaucoup moins désastreux qu'avant l'insuline. Sur 10 cas d'aggravation, L. et D. n'ont pas eu un cas de mort. Quant au pronostic fœtal, quoique amélioré, il reste curieusement mauvais.

Le traitement ne diffère pas du traitement habituel, sauf la nécessité de fournir du sucre à la mère et au fœtus et sauf le danger plus grand d'hypoglycémie. L'avortement thérapeutique n'a que des indications exceptionnelles.

HENRI VIGNES.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

G. Maranon et **J. A. Collazo.** ***Les troubles des échanges hydriques et minéraux dans la maladie d'Addison et leur mécanisme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 31, 3 Août 1935, p. 1107-1109). — M. et C. ont procédé à une série de recherches sur le sang et les muscles des addisoniens. Ils ont tout d'abord constaté que chez ces malades l'eau du sang atteint 76,8 pour 100 alors que la moyenne chez les sujets normaux est de 82 pour 100. Ces constatations représentent la moyenne de 35 analyses pratiquées chez 30 sujets. Dans 3 cas, les valeurs ont été normales et dans 2 cas elles ont été légèrement supérieures à la normale. D'une façon générale, les chiffres les plus bas correspondent aux états les plus sévères.

Dans les muscles, les chiffres trouvés ont été en moyenne chez ces malades de 74,9 pour 100 contre 80 chez les sujets normaux.

En ce qui concerne la potassiémie, il a été constaté chez les addisoniens une augmentation nette: 31,1 contre 20 milligr. pour 100 grammes chez les sujets normaux. Là encore, les chiffres les plus élevés se sont rencontrés surtout dans les états graves. Chez un sujet qui devait entrer tôt après dans le coma, on a trouvé 49,5 milligr. de K pour 100 gr. Par contre, le taux du sodium n'a guère présenté de modification (364 milligr. pour 100 gr. contre 340, chiffre normal). Le chlore est également normal: 338 milligr. pour 100 gr. contre 325, chiffre normal. Le calcium l'est aussi: 9,9 milligr. pour 100 gr. en moyenne. Le phosphore n'a pas non plus présenté de proportions anormales. En somme, le résultat de ces recherches montre que dans le sang il y a un trouble de l'équilibre du système potassium-sodium.

L'action de l'hormone de la cortico-surrénale s'est manifestée d'abord sur l'hydrémie qui a été nettement augmentée 7 fois sur 20 en moyenne de 7 pour 100; sur la potassiémie qui s'est abaissée de 4 milligr. et sur la chlorémie qui a augmenté dans presque tous les cas, par exemple de 349 à 391 ou de 365 à 407 milligr. pour 100 gr.

Le traitement des addisoniens par le chlorure de sodium a déterminé, dans presque tous les cas, une amélioration clinique parfois surprenante et qui n'était pas seulement subjective, mais s'étendait également à des symptômes objectifs et notamment à la pigmentation. C'est ce qui a amené M. et C. à introduire le traitement salé interrompu pendant de courtes périodes par un traitement par l'hormone de l'écorce. On peut donc admettre que l'hormone produite par l'écorce des surrénales a pour effet physiologique de réaliser l'équilibre du système potassium-sodium de même que la thyroïde règle le métabolisme du sodium et l'hormone parathyroïde celui du calcium.

P.-E. MORHARDT.

St. Goldhammer, G. Leiner et **D. Scherf.** ***Le volume du sang circulant avant et après diurèse mercurielle*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 31, 3 Août 1935, p. 1109-1112). — Les diurétiques mercuriels (salyrgan, novurit) possèdent des effets nets chez les cardiaques alors même qu'il n'existe pas d'œdème malléolaire ni d'épanchement dans les cavités séreuses. De même, ces médicaments se montrent capables de faire diminuer un foie de stase sur lequel la digitale est restée sans action. Il y avait donc lieu de se demander si ces diurétiques agissent ou non sur le volume du sang. A ce point de vue, on sait qu'en cas de décompensation cardiaque, le volume du sang est très généralement augmenté et que, pendant la diurèse mercurielle, il se produit une déshydratation légère et passagère du sang. Cependant, les recherches faites jusqu'ici ont montré qu'en pareil cas, après la diurèse, le volume du sang augmente.

Des recherches en ce sens ont été reprises par G., L. et S. à la clinique d'Eppinger. Il a été utilisé la méthode de l'oxyde de carbone préparé par l'acide formique et l'acide sulfurique, et la méthode du bleu trypan. Avec ces deux méthodes, il a toujours été constaté une augmentation du volume du sang en cas de décompensation cardiaque. La première méthode a d'ailleurs donné, d'une façon générale, des chiffres plus élevés que la méthode colorimétrique.

Les sujets examinés étaient atteints de lésions valvulaires, d'hypertension, d'aortite, de myocardite, etc. et présentaient un gros foie de stase et de l'œdème. La diurèse obtenue par les sels mercuriels a été généralement importante, sauf dans un cas où il y avait adhérences pleurales. En général, les pertes de poids déterminées ont atteint jusqu'à 7 kilogr. L'hydrémie n'a pas été modifiée dans 5 cas et elle a été diminuée dans 5 autres. Le volume du sang a été réduit dans presque tous les cas. Ainsi, par exemple, chez un des malades, le volume du plasma a baissé de 1.120 cmc (26 pour 100) et le volume des érythrocytes de 560 cmc (20 pour 100). En même temps, le poids du corps a diminué de 5 kilogr. et la diurèse a été de 5.300 cmc. Les deux méthodes ont d'ailleurs donné des chiffres qui ont varié d'une façon assez exactement parallèle. Dans 5 cas seulement, la différence a été supérieure à 0,5 pour 100.

Les résultats de ces expériences montrent bien que cette diminution du volume du sang n'est pas due à une réduction de l'hydrémie. Effectivement, le volume du plasma et celui des érythrocytes varient parallèlement. Il faut donc admettre que sous l'influence de ces sels mercuriels, il y a diminution de la rétention d'eau dans les dépôts sanguins périphériques (dépôts de second ordre de reins dans lesquels le sang coule lentement).

P.-E. MORHARDT.

H. J. Lauber et **H. Rocholl.** ***Recherches expérimentales sur les effets des pommades vitaminiques sur la guérison des plaies*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 32, 10 Août 1935, p. 1143-1146). — Les travaux qui ont montré notamment que l'huile de foie de morue est capable d'accélérer la guérison des plaies n'ont pas encore apporté la preuve que les acides gras, l'iode et les autres substances qui existent à côté des vitamines dans l'huile de foie de morue n'ont pas, elles aussi, un effet thérapeutique. Il y avait donc lieu de reprendre ces recherches pour déterminer avec précision l'effet d'une part des vitamines et, d'autre part, du véhicule. L. et R. ont ainsi eu recours à des pommades contenant de la vitamine B, de la vitamine B_1, de la vitamine C et de la vitamine D avec un véhicule constitué soit par une association de vaseline et de lanoline, soit par de la cholestérine. Ces mélanges divers dont le nombre s'élève à 24 ont été essayés chacun chez 10 souris sur lesquelles on avait pratiqué une plaie dorsale. Les dimensions des plaies et leur évolution ont été suivies au moyen de photographies grandeur nature.

Il a été ainsi constaté que chez les animaux de contrôle n'ayant subi aucune espèce de traitement, la cicatrisation prenait en moyenne 30 jours. Mais une série de contrôle a été traitée avec des pommades soit à la cholestérine, soit à la vaseline et à la lanoline sans vitamines. Chez ceux-là, la cicatrisation s'est faite avec un certain retard d'ailleurs assez peu important sur les animaux non traités. On voit, par là, quelle est l'importance pratique du véhicule utilisé.

Quant aux pommades avec vitamine, elles ont eu les effets suivants. Quand il s'agissait de vitamine B, on a constaté une accélération nette par rapport aux animaux traités avec les mêmes pommades sans vitamine. Avec la vitamine B_1, les effets ont été à peu près semblables. La vitamine C a agi d'une façon extrêmement défavorable: tous les animaux d'une série traités par elle sont morts au cours de trois semaines. Avec la vitamine A, les effets ont varié suivant le véhicule adopté. Quand il s'agissait d'une pommade à la cholestérine, il y a eu retard avec une concentration de 1 : 20 et accélération de près de 50 pour 100 avec une concentration de 1 : 100 ou de 1 : 1.000. Le produit utilisé dans ce cas a été le vogan. Par contre, avec un véhicule de vaseline et de lanoline, cette même vitamine a donné lieu à un retard net de 8 à 10 jours par rapport aux souris de contrôle. On voit encore une fois toute l'importance du véhicule.

Avec la vitamine D, les effets ont été nuls.

P.-E. MORHARDT.

Lazar Stanojevic et **Sava Petkovic.** ***Le comportement du taux des pigments biliaires dans le sang après travail musculaire intense*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 32, 10 Août 1935, p. 1146-1147). — On admet d'une façon générale que dans les circonstances physiologiques la rate est la source de la bilirubine qui circule dans le sang. On a donc été amené à diverses reprises à rechercher si les contractions de la rate provoquées

par l'adrénaline déterminent une augmentation du taux de la bilirubine du sang. C'est ce que plusieurs auteurs sont arrivés à faire. Comme le travail détermine, lui aussi, une contraction de la rate, il y avait lieu de rechercher si un exercice de force peut augmenter la bilirubinémie. Pour cela, S. et P. ont choisi 5 jeunes sujets sains et vigoureux auxquels ils ont fait exécuter un certain travail à l'ergostat. Il a été ainsi constaté, par exemple, qu'après un travail de 5.700 kilogrammètres, la bilirubine du sang augmente de 33 pour 100 et n'est pas revenue à la normale au bout de 45 minutes. Dans un second cas, il a été constaté, dans les mêmes conditions, au cours d'un travail d'une demi-heure, une augmentation de 45 p. 100 de la bilirubine qui a repris son taux normal à la 100e minute.

Dans un autre cas, l'augmentation de la bilirubine ayant été de 28 pour 100 après le premier travail d'une demi-heure, un second travail ayant débuté avant que la bilirubine soit revenue à son taux normal a provoqué une augmentation relativement moindre du taux de cette substance dans le sang.

En somme, le travail fait apparaître une bilirubinémie qui varie de 20 à 45 pour 100, qui débute immédiatement et qui cesse de croître dès la fin du travail. Cette augmentation si subite ne peut être attribuée qu'à la contraction de la rate. Le fait que dans quelques cas l'adrénaline n'ait pas les mêmes effets s'explique par ce que la bilirubinémie est très rapidement éliminée par le fois.

P.-E. Morhardt.

Franz Kisch. ***Angine de poitrine dans l'épreuve du travail*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 33, 17 Août 1935, p. 1165-1170). — On a cherché par diverses méthodes à préciser la pathogénie de l'angine de poitrine soit par observation de ce qui se passe au cours de l'accès, soit en procédant à des épreuves provocatrices. On a ainsi constaté d'une façon générale que l'accès est associé le plus souvent à une augmentation de la pression artérielle et sans exception à une accélération du pouls, l'électrocardiogramme n'étant pas sensiblement modifié ou présentant simplement une dépression de la partie intermédiaire ou encore un aplatissement avec une inversion de la partie terminale, exceptionnellement d'une inversion de R.-T.

K. a repris les recherches au cours desquelles il a utilisé la méthode de Wayne et Laplace qui consiste, le malade étant couché, à faire relever la moitié supérieure du corps puis à l'étendre de nouveau à un rythme de 30 par minute. Il a été ainsi constaté que la valeur du travail nécessaire pour qu'il apparaisse une douleur cardiaque est très variable. Sur la série des 14 malades dont 10 étudiés à l'hôpital, il en est pour lesquels 12 relèvements du buste ont suffi à faire apparaître la douleur alors que pour d'autres, il en fallut 96. Chez un même malade le travail nécessaire pour faire apparaître la douleur peut varier également beaucoup suivant les conditions (état mental, activité digestive, etc.). Par contre, si ces conditions restent semblables, le résultat de l'épreuve est relativement constant. Si des variations dans un sens ou dans un autre se manifestent, c'est que la tendance à faire des crises d'angine de poitrine augmente ou diminue. L'administration perlinguale de trinitrine (III gouttes d'une solution alcoolique à 1 pour 100) ou l'injection intraveineuse d'euphylline (0,24 gr.) augmentent d'une façon frappante le travail nécessaire pour déclancher la douleur caractéristique.

Toutes les fois que la douleur apparaît, le pouls s'accélère manifestement. Inversement, dès qu'elle disparaît, la tachycardie s'atténue avec une rapidité telle qu'il n'a pas été possible de prendre des électrocardiogrammes pendant cette période.

En somme, il y a lieu d'admettre que l'accès d'angine de poitrine spontané est provoqué par une augmentation des dépenses énergétiques du myocarde dont la cause doit être cherchée dans une accélération du rythme par prépondérance du tonus du sympathique. Cette explication s'applique particulièrement à la pâleur de la peau du visage et du thorax qui se manifeste avant que la douleur ait apparu. D'ailleurs l'accès douloureux provoqué expérimentalement par l'adrénaline, par l'hypoxémie ou par le travail s'accompagne toujours de tachycardie. Mais il est difficile de dire quelles sont les conditions particulières qui rendent pathologique le fonctionnement de l'appareil végétatif qui règle la circulation. Le fait qu'en cas d'insuffisance cardiaque manifeste ou d'anémie sévère, les accès d'angine de poitrine soient rares donne à supposer que soit l'impuissance du myocarde, soit l'adynamie générale du sujet empêche de se produire ce symptôme qui exige pour se produire que le myocarde dispose d'une certaine réserve d'énergie.

P.-E. Morhardt.

R. Hansen et **W. Langer.** ***Modification du goût dans la gestation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 33, 17 Août 1935, p. 1173-1176). — Le goût qui est considéré par les physiologistes comme un sens inférieur et qui est cependant d'une très grande importance, notamment dans le choix des aliments, permet de distinguer 4 catégories de substances : salées, acides, douces ou amères. Les sensations ainsi fournies peuvent être agréables ou désagréables suivant la concentration. Jusqu'ici, les observations faites sur les modifications du goût pendant la grossesse sont assez rares. On admet qu'il y a souvent du dégoût pour la viande (Kehrer) ou encore une disparition complète du goût (Seitz). Pour étudier cette question, H. et L. ont utilisé la méthode de Skramlik qui emploie 4 sortes de solutions : à 10 pour 100 de NaCl, à 0,50 pour 100 d'acide tartrique, à 40 pour 100 de sucre de canne et à 0,05 pour 100 de quinine. Chez des femmes non enceintes, jeunes et bien portantes, la dilution de ces solutions qui suffisait pour provoquer les sensations correspondantes après avoir séjourné pendant 20 secondes dans la bouche s'est élevée en moyenne à 0,14 pour NaCl, à 0,00045 pour l'acide, à 0,044 pour le sucre et à 0,000025 pour la quinine.

Chez 28 gestantes, âgées de 18 à 33 ans et se trouvant près du terme, les chiffres correspondants ont été pour NaCl 0003, pour l'acide 0,00085, pour le sucre 0,0595 et pour la quinine 0,00004 chiffres qui dépassent la normale de 114 pour 100 pour NaCl, de 89 pour 100 pour l'acide, de 35 pour 100 pour le sucre et de 60 pour 100 pour la quinine. Cet abaissement de la sensibilité pour le goût pourrait avoir une origine locale. Mais cela ne semble pas être le cas car il n'a été constaté aucune altération de la langue. Par ailleurs, on sait que les terminaisons nerveuses des papilles gustatives peuvent être paralysées par une solution d'eucaïne à 0,5 pour 100 qui, d'ailleurs, est sans action sur les sensations salées, par les feuilles de Gymnadena sylvestre qui suppriment les sensations pour l'amer et pour le doux, par les Folia criodictyones qui sont très utilisées en Amérique, etc. Mais chez ces femmes il ne s'agit certainement pas non plus de phénomènes périphériques de ce genre. On ne peut non plus admettre des modifications centrales intéressant la partie postérieure de la capsule interne; ce qui semble le plus vraisemblable est une modification de tout l'ensemble neuro-musculaire, modification mise d'ailleurs en évidence par les recherches de chronaxie.

Le goût pour l'acidité, les épices et les mets sucrés, manifesté par les gestantes, est peut-être dû à une diminution de la sensibilité pour ces substances. D'autre part, il est possible que la diminution de la sensibilité pour le salé intervienne dans les échanges hydriques de la gestation.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

R. Salus (Prague). ***Diagnostic ophtalmoscopique de l'hypertension artérielle*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 28, 12 Juillet 1935, p. 906-908). — D'après S., il existerait un parallélisme assez étroit entre les vaisseaux du cerveau et ceux de la rétine. Or, il a constaté que les déformations des vaisseaux cérébraux étaient souvent dues à des variations de T. A. La sinuosité des artères, en forme de « tire-bouchon », peut être due également à des variations de T. A. et parfois aussi à l'artério-sclérose; de même des irrégularités artérielles peuvent être dues à ces 2 causes. La largeur des artères, elle, est nettement influencée par la T. A. : en cas d'hypertension ancienne, elles sont plus ou moins rétrécies tandis que dans les cas récents leur calibre est normal ou nettement augmenté. Des hémorragies rétiniennes ne permettent pas de diagnostiquer avec certitude une hypertension artérielle, car elles peuvent relever d'autres causes.

La déformation la plus importante, permettant de diagnostiquer l'hyper T. A., se trouve aux points de croisement des veines et des artères rétiniennes : si la veine est rétrécie des 2 côtés de l'artère, on peut en déduire l'existence d'une hypertension. S. croit que ce phénomène est dû à la pression de l'artère tendue et rétrécie sur la veine. Cependant, si la présence de ce phénomène est significative, son absence ne doit pas faire conclure nécessairement à l'absence d'hypertension. Pour S., en effet, ce phénomène manquerait dans 20 pour 100 des cas d'hyper T. A. environ.

Guy Hausser.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE
(Berlin)

Krasbel (Aix-la-Chapelle). ***Plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles en temps de paix*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **162**, n° 1, Juillet 1935, p. 103-109). — Dans le courant de ces deux dernières années et demi, K. a eu l'occasion d'observer 10 plaies de l'abdomen par projectiles. Sur ces 10 blessés, 8 ont été opérés avec 2 morts post-opératoires; 2 blessés non opérés ont guéri. Il s'agissait dans ces 2 cas de jeunes gens de 20 et 22 ans, conduits à l'hôpital quelques heures après l'accident pour une blessure dont la porte d'entrée siégeait dans la région abdominale supérieure droite au-dessous de la 11e côte : signes de shock, mais abdomen souple. Ces deux malades guérirent parfaitement en l'espace de 14 jours sans que l'on ait pratiqué la moindre intervention.

Sur 8 autres cas opérés, 2 blessés sont morts : dans le premier cas, la blessure était à la fois abdominale et thoracique et l'autopsie a montré que le décès doit être imputé aux lésions thoraciques (hémothorax, pneumonie bilatérale et pleurésie fibrineuse droite); dans le deuxième cas (plaie du foie et du rein) traité par l'intervention immédiate (suture et tamponnement), la mort a été consécutive à l'hémorragie importante provoquée par ces blessures; il existait encore à l'autopsie 850 cmc de sang dans la grande cavité.

K. tire de ces observations des conclusions qui ne sont pas à l'abri de toute critique; il ne considère pas l'intervention chirurgicale comme devant être systématique dans toute plaie de l'abdomen par

projectile, et conseille de se baser sur les signes cliniques pour justifier l'exploration chirurgicale.

J. Sénèque.

Jaki (Debrecen). ***Traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **162**, n° 1, Juillet 1935, p. 124-136). — Depuis 14 ans 22 laparotomies ont été pratiquées à la clinique pour perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. Tous ces cas concernent des hommes à l'exception d'un cas chez la femme.

Le malade le plus jeune avait 17 ans; le plus âgé 64 ans. Un nombre élevé de cas de perforation (40 pour 100) a été observé au cours de typhoïde ambulatoire; dans ces cas, les signes de typhoïde étaient nuls ou à peine accusés et la perforation s'est manifestée d'emblée.

La plupart de ces malades ont été vus tardivement: 1 cas seulement dans la 1re heure, 1 à la 6e heure, 1 à la 18e heure, 10 après 24 heures, 2 après 36 heures, 7 avec plus de 36 heures.

Au cours du typhus ambulatoire, les manifestations cliniques et la perforation ne sont pas toujours nettes; la douleur n'est souvent pas brutale, la sensibilité dans la région iléo-cæcale n'est pas un signe de perforation, la contraction abdominale n'est pas un signe de certitude: on a observé des cas de perforations sans contraction abdominale et inversement en opérant sur le signe de la contracture on a pu trouver des lésions de péritonite sans perforation.

J. préconise la laparotomie exploratrice sous anesthésie générale; dans 21 cas, le siège de la perforation se trouvait au niveau de l'iléon terminal; dans un cas la perforation était double.

La méthode de choix est la suture de la perforation avec épiplooplastie au besoin. Dans 19 cas, cette méthode a été appliquée. La résection est extrêmement grave; l'extériorisation de la perforation a de sérieux inconvénients. L'abdomen a toujours été drainé avec un drain de caoutchouc.

La mortalité est très élevée: 19 décès, soit 86 pour 100 (péritonite et broncho-pneumonie; aucun décès par insuffisance des sutures).

J. Sénèque.

Lang (Berlin). ***Sur les perforations des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. Au sujet de 152 cas*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **162**, n° 1, Juillet 1935, p. 143-163). — De 1920 à 1934, on a observé à l'hôpital Moabit 152 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés du péritoine libre. Sur ces 152 cas, 22 seulement concernent des femmes, soit 14,5 pour 100. La mortalité dans le groupe a été considérable: 17 morts sur 22, soit 77,3 pour 100, mais sur ces 17 morts 12 malades n'ont pu être opérées, car elles sont arrivées moribondes à l'hôpital. C'est dans les mois d'hiver que l'on a rencontré le plus grand nombre de perforations; en ce qui concerne l'âge, la plupart des malades avaient entre 30 et 55 ans; un cas cependant fut observé chez une malade de 81 ans.

Dans les antécédents, on a souvent trouvé l'alcoolisme et le tabagisme. Dans 25 cas, on a noté une recrudescence des troubles douloureux dans la semaine qui a précédé la perforation. 45 pour 100 des malades ont été opérés avant la 6e heure; 20,2 pour 100 entre 6 et 12 heures; 9,2 pour 100 entre 12 et 18 heures; les autres cas plus tardivement encore.

Dans 12 cas, l'erreur a été commise entre appendicite et perforation d'ulcère; L. souligne l'intérêt du diagnostic radiographique pré-opératoire montrant un cas de perforation d'ulcus, l'existence d'un pneumopéritoine. Il existe cependant des cas où la perforation n'a pu être découverte lors de l'intervention: dans un cas, on a pu découvrir à l'autopsie une perforation sur la partie postérieure de la petite courbure; dans un autre cas, la perforation siégeait au niveau du cardia.

Dans les cas où le siège a été noté, on retrouve: 15 perforations au voisinage du cardia; 112 dans la région pylorique; 10 au niveau du duodénum.

L. considère que le traitement de choix doit consister dans *la simple suture* de la perforation, la gastro-entérostomie complémentaire devant être réservée au cas où la suture risque de provoquer une sténose pylorique. La résection ne doit être pratiquée que plus tard, à froid si le malade continue à souffrir.

L. signale la possibilité de perforations multiples (5 cas).

La mortalité est très élevée dans cette statistique: 45,4 pour 100 si l'on tient compte de tous les cas (opérés et non opérés), et en envisageant seulement les cas opérés: 40,6 pour 100.

Ces mauvais résultats tiennent à ce que 45 p. 100 seulement des malades ont pu être opérés avant la 6e heure. La plupart des malades sont morts de péritonite, les autres de complications pulmonaires.

J. Sénèque.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

L. Cannavo et **R. Beninato**. ***Recherches sur la destruction par les rayons Rœntgen du lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Endokrinologie*, t. **15**, n° 6, Juillet 1935, p. 389-404). — Dans des recherches antérieures, il a été montré par Cannavo que la teneur du sérum en magnésium est augmentée, parfois même triplée aussi bien chez les lapins et chez les chiens que chez l'homme par l'administration de prolan. Cette action serait tout à fait spécifique: aucune autre glande endocrinienne ne paraît en produire de semblable. Cette augmentation du magnésium dans le sérum est accompagnée d'une diminution passagère de ce métalloïde dans les globules rouges. Par ailleurs, on ne constate pas, sous l'influence de cette hormone, de modification du taux du calcium du sérum tandis que le phosphore serait légèrement augmenté.

Il y avait donc intérêt à voir quel effet aurait la destruction de la préhypophyse. C. et B. ont ainsi été amenés à soumettre des lapins à une irradiation intense de l'hypophyse qui entraînait la mort en 15 à 20 jours avec les symptômes caractéristiques de la cachexie hypophysaire.

Les recherches histologiques de la région infundibulo-hypophysaire ont montré que cette irradiation avait provoqué des altérations sévères de la partie glandulaire de l'hypophyse tandis que le tissu de la neuro-hypophyse et de la région sous-thalamique était presque tout à fait normal. Dans la préhypophyse, les cellules éosinophiles avaient presque complètement disparu et les cellules chromophobes étaient fortement réduites. Celles qui restaient avaient des noyaux très altérés.

L'analyse du sang faite avant et 10 jours après l'irradiation a montré que le calcium du sérum ne s'est pas modifié, que le phosphore a varié assez faiblement et généralement diminué sans cependant atteindre des proportions vraiment anormales et enfin que le magnésium avait fortement diminué. Il est donc confirmé que la préhypophyse joue un rôle important dans le métabolisme du magnésium.

P.-E. Morhardt.

W. Berblinger. ***Basophiles dans l'adéno-hypophyse et dans la neuro-hypophyse au cours de l'hypertonie essentielle et de l'éclampsie*** (*Endokrinologie*, t. **16**, n° 1-2, Septembre 1935, p. 19). — La maladie décrite par Cushing serait, pour B., l'expression d'un hyperpituitarisme partiel ou plus spécialement d'une augmentation de l'activité des basophiles qui entraînerait de l'acrocyanose, de l'angiospasme, de l'hypertension, bref, ce que Jamin a appelé la pléthore hypophysaire. Ces cellules sont d'ailleurs rencontrées quelquefois dans la partie nerveuse de l'hypophyse. Chez les éclamptiques et chez les jeunes gens atteints d'hypertonie essentielle, cette région de l'hypophyse serait le siège d'une migration des cellules basophiles qui, dans cette condition, doivent être considérées comme productrices de substances hypertensives (vasopressine, tonéphine). Inversement, l'hormone de croissance de Evans serait fabriquée par les cellules acidophiles.

B. remarque à ce propos qu'il a déjà eu l'occasion de montrer que les basophiles peuvent, au cours d'affections très diverses des reins, augmenter dans le lobe antérieur de sorte que le rôle de ces cellules dans l'hypertension a toujours paru très vraisemblable. Il donne une série d'observations de 7 sujets atteints d'hypertension et dont il a pu étudier l'hypophyse. Dans chacun de ces cas, sauf un, les fonctions rénales étaient intactes et l'examen histologique ne décelait aucune altération de ces organes; la pression était, sauf une fois, supérieure à 160 mm. de Hg et il a été trouvé dans le lobe antérieur une forte augmentation des basophiles qui envahissaient également la partie postérieure de la glande.

La fonction régulatrice de l'hypophyse agirait sur les centres vasomoteurs du diencéphale. Dans ces conditions, l'augmentation des basophiles aurait pour conséquence une augmentation du tonus de ces centres. Cette manière de voir est d'autant plus vraisemblable qu'en cas de maladie d'Addison avec hypotension, les basophiles du lobe antérieur diminuent fortement.

B. a pratiqué, en outre, l'examen de l'hypophyse chez 11 femmes mortes d'éclampsie, diagnostic confirmé par la constatation de lésions caractéristiques du foie (hémorragies et nécroses). Dans la plupart de ces cas, les basophiles ont été très nombreux dans le lobe antérieur. Cependant, contrairement à Cushing, B. n'a pas constaté chez ces femmes que ces cellules envahissent plus fréquemment que normalement la neuro-hypophyse. Par contre, la migration des basophiles s'observe chez les sujets ayant présenté une élévation persistante de la pression intracranienne. Ce phénomène peut d'ailleurs s'accompagner également d'une augmentation des basophiles dans le lobe antérieur. Dans 20 cas d'augmentation de la pression intracranienne, il a été ainsi observé 8 fois une infiltration de la neuro-hypophyse sans lésions rénales ni hypertonie concomitante. Dans cette condition, cette migration devrait être attribuée non pas à une augmentation de l'activité de ces cellules, mais à une augmentation de la pression intratissulaire qui empêcherait leur transformation en corps hyalins et en sécrétions actives dont le transport vers le plancher du diencéphale serait ainsi retardé. Or, en cas d'éclampsie, il y a régulièrement œdème cérébral. Enfin, l'augmentation des basophiles dans le lobe antérieur, en cas d'hypertonie associée à de l'urémie ou à de l'éclampsie ainsi que dans certains cas d'augmentation de la pression intracranienne, doit être attribuée à une irritation de l'adéno-hypophyse.

P.-E. Morhardt.

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOSIFILOLOGIA
(Buenos-Ayres)

Fidanza, Carrillo et **Ocana**. ***Dermatofibromes progressifs et récidivants de Darier*** (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. **19**, Juin 1935, p. 26-45). — F., C. et O. rapportent une observation de fibrome de la paroi abdominale, qui rentre dans

la description des dermatofibromes progressifs et récidivants de Darier et Ferrand.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, qui fut opéré en 1919 d'une tumeur fibreuse de la région inguinocrurale gauche. Malgré l'ablation totale, cette tumeur récidiva et on constate actuellement au milieu d'un tissu cicatriciel deux grosses tumeurs et quelques petites, de coloration rouge, non adhérentes aux plans profonds, non douloureuses. La peau, qui recouvre la tumeur supérieure, conserve sa coloration normale.

Pas de retentissement ganglionnaire. L'état général est bien conservé. Le Wassermann est négatif et les urines sont normales.

Histologiquement, les tumeurs sont constituées par du tissu fibroconjonctif. On ne trouve pas de polymorphisme, de poïkilochromie ni de monstruosités cellulaires. Rien n'autorise à classer cette tumeur dans les sarcomes. Il s'agit bien d'un fibrome.

R. Burnier.

Pierini. ***Granulome annulaire; son étiologie*** (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. **19**, Juin 1935, p. 50-77). — A propos de 7 cas de granulome annulaire aux localisations multiples (mains, pied, jambe, genou), P. estime qu'il est impossible d'affirmer que la tuberculose soit la cause de ce granulome.

Le plus souvent, en effet, on note la négativité des réactions tuberculiniques réitérées, de la réaction de Besredka.

La recherche des bacilles acido-résistants sur les coupes est négative, ainsi que l'inoculation au cobaye, même au 2e passage.

Enfin, la preuve histologique de la structure tuberculoïde du granulome fait défaut, de même que la preuve thérapeutique du traitement tuberculinique.

R. Burnier.

Puente. ***Nodosités juxta-articulaires*** (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. **19**, Juin 1935, p. 78-88). — Une femme de 46 ans, qui n'avait jamais quitté son pays, vit apparaître, il y a 9 mois, 3 petites nodosités dures, profondes, arrondies, au niveau de l'olécrane droit, adhérentes aux plans profonds; la peau mobile à leur niveau présente une coloration légèrement pigmentée.

Il existe une autre petite nodosité à l'avant-bras droit et à la paume de la main droite, dans l'angle des éminences thénar et hypothénar.

La biopsie montre surtout une formation de tissu fibro-scléreux et des lésions vasculaires avec infiltration périvasculaire.

Bien qu'on ne trouve pas d'antécédents nets de syphilis chez la malade, les réactions de Wassermann et de Kahn sont complètement positives.

Un traitement antisyphilitique institué négativa les réactions.

R. Burnier.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Ranzi. ***Influence de la température extérieure sur les affections chirurgicales et les blessures*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 25, 15 Juin 1935, p. 677-679). — La température joue un rôle dans la fréquence même des affections chirurgicales: la neige, le verglas provoquent un grand nombre de fractures du radius, de l'humérus, de la clavicule, et, chez le vieillard surtout, des fractures de jambe et du col du fémur. D'autres accidents sont dus à ce que le blessé, descendant d'un tramway, glisse sur le sol glacé; dans certains cas, il glisse sur le marchepied couvert de boue glacée; dans d'autres, glissant sur les rails, il subit des traumatismes plus graves. Dans les pays de forêts, certains accidents graves sont dus à la descente des bois. Enfin, il faut réserver la plus large place aux accidents des sports d'hiver: certaines blessures graves résultant du choc violent contre les arbres.

G. Basch.

Polonyi. ***Influence de la vitamine C sur l'agent pathogène de la diphtérie*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 25, 15 Juin 1935, p. 685-686). — Lorsque l'on examine le foie et les surrénales de cobayes inoculés par la toxine diphtérique, on trouve que leur contenu en vitamine C (acide ascorbique) est de 1/3 à 1/5 plus réduit que la teneur en acide ascorbique d'organes d'animaux sains. Si l'on mélange *in vitro* l'acide ascorbique et la toxine diphtérique, on observe une atténuation de la toxicité de cette dernière, se traduisant expérimentalement par une augmentation de la dose léthale. Des cobayes inoculés, auxquels on injecte par la suite de l'acide ascorbique, présentent des symptômes atténués de ces intoxications. Il ressort donc de ces expériences qu'il y a un antagonisme véritable entre ces deux corps.

G. Basch.

Schäffer. ***Traitement de l'atrophie musculaire progressive*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 31, 29 Juillet 1935, p. 848-849). — S. rapporte 6 observations d'enfants atteints d'atrophie musculaire progressive traités par la méthode de Ken-Kure et Okinaka consistant en administration successive d'adrénaline et de pilocarpine auxquelles on adjoint un traitement électro-mécanique: le premier jour, 1 cmc d'une solution d'adrénaline au millième, une injection semblable de pilocarpine; on augmentera ces doses suivant la tolérance et ce traitement sera continué longtemps. Les résultats de cette thérapeutique furent des plus douteux.

G. Basch.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Stewart Kennedy. ***500 corps étrangers dans l'estomac*** (*British medical Journal*, n° 3885, 22 Juin 1935, p. 1262-1264). — Chez un homme de 28 ans, cultivateur, débile mental, atteint de dépression mélancolique et chez qui l'examen de l'abdomen prouva l'existence d'une masse dure occupant la région épigastrique, on fit le diagnostic de corps étranger de l'estomac grâce surtout à la radiographie qui montra l'opacité de cette masse.

A l'intervention, on tomba sur une quantité invraisemblable d'objets métalliques qui étaient pour ainsi dire incarcérés dans la muqueuse gastrique. Ils étaient au nombre de 500 et d'un poids de 1 kilogr. 500. On trouva: 218 vis ou clous, 36 crampons, 5 cuillers à thé, 1 cuiller à œuf, les manches de 8 cuillers à soupe, 3 fourchettes de table, 3 couteaux de poche, un tire-bouchon, 37 aiguilles de gramophone, 45 aiguilles ou épingles de sûreté, une clef de porte, deux clefs de malle, 2 grands crochets à viande, 12 boucles métalliques et anneaux, une pièce de 1 schilling et 6 pièces de bronze, un robinet de cuivre, une cartouche intacte de revolver, 117 articles impossibles à dénommer, la plupart métalliques, mais comprenant aussi des perles de collier, des fragments de verre ou de porcelaine. Toute cette collection d'objets a été envoyée au musée du Collège royal des Chirurgiens anglais. Le malade mourut 10 heures après l'opération.

André Plichet.

Alex. Somerford. ***L'étiologie des cancers cutanés*** (*British medical Journal*, n° 3886, 29 Juin 1935, p. 1305-1310). — Dès 1775, Percival Pott avait signalé le cancer scrotal des ramoneurs. En 1875, Volkmann signalait à son tour celui des ouvriers travaillant à la distillation de l'huile de paraffine à partir de la lignite.

En 1922, Southam et Wilson publiaient le résultat de leurs recherches. Sur 141 malades atteints de cancer du scrotum, ils trouvaient 69 ouvriers filateurs.

Dans ces cas, la tumeur est presque toujours du type squameux et la peau du scrotum montre toujours dans le voisinage de la tumeur des lésions irritatives.

Chez les ouvriers filateurs, le cancer est dû vraisemblablement aux projections d'huile minérale. Il est probable que la température de l'atelier joue un rôle également. Les conditions climatiques ont une importance certaine et on a incriminé les rayons du soleil naturel ou artificiel.

Pour empêcher le développement de ces cancers, la méthode idéale serait d'interdire l'emploi d'huile minérale possédant des propriétés carcinogènes. Il faut de plus écarter de ce genre de travail les ouvriers dont la peau présente des anomalies congénitales telles que ichtyose, xérodermie et empêcher de continuer ceux qui présentent une peau chagrinée, irritée.

André Plichet.

G. H. Colt, L. Ramsay et **Margaret Morrisson.** ***Le traitement des varices par les injections sclérosantes*** (*British medical Journal*, n° 3888, 13 Juillet 1935, p. 49-54). — Ce traitement n'est pas appliqué depuis suffisamment longtemps, en Angleterre, pour que l'on soit définitivement fixé sur sa valeur.

D'abord, il existe une certaine difficulté à classer les types de varices qui peuvent bénéficier de ce traitement. La simple varicosité avec signe de Trendelenburg positif est la meilleure indication pour l'injection sclérosante. Des varices plus importantes avec signe de Trendelenburg positif et aussi avec un degré plus ou moins marqué de reflux sont également justiciables de cette méthode, mais les petites varicosités nombreuses sont plus difficiles à atteindre. Dans certains cas, elles accompagnent un gros tronc veineux et la discussion se pose de scléroser ou de lier ce tronc. Enfin, dans un très petit nombre de cas, l'injection seule n'entraîne pas la guérison et la ligature de la saphène interne au-dessous de sa terminaison est indiquée comme adjuvant, mais il n'y a pas d'indications qui permettent de faire d'emblée cette ligature plutôt que de commencer le traitement par l'injection sclérosante.

La meilleure solution à employer semble être celle de salicylate de soude à 20 pour 100, moins douloureuse que celle de morrhuate de soude et plus efficace que les sels de quinine. Cependant, le morrhuate de soude réussit souvent dans les courts segments de veines quand le salicylate de soude a échoué. Il faut espacer le plus possible les injections. La nécrose est toujours une faute de technique: l'injection est, soit en dehors, soit dans les parois de la veine ou bien elle a fait éclater la veine. La radiographie faite, comme l'ont préconisé Sicard, Forestier et Gaugier, permet dans les cas rebelles de comprendre les causes de l'échec.

André Plichet.

H. Joules et **L. Masterman.** ***L'anémie hémolytique aiguë de Lederer*** (*British medical Journal*, n° 3890, 27 Juillet 1935, p. 150-154). — J. et M. ont observé 4 cas de cette affection caractérisée par de la fièvre, une anémie allant jusqu'à 1 million 1/2 de globules rouges chez lesquels on remarque de l'anisocytose, de la poikilocytose et des ponctuations basophiles. Les réticulocytes n'excèdent pas 15 pour 100. Il existe presque toujours de l'ictère et la réaction indirecte de Van den Berg est positive. Il y a de la cholurie et parfois de l'hémoglobinurie.

Il faut remarquer que Lederer et Parsons, chez

les enfants plus particulièrement, avaient trouvé souvent de la leucocytose qui augmentait les difficultés de diagnostic avec la leucémie aiguë. On trouve encore une légère hypochlorhydrie; par contre, il n'y a aucun signe neurologique.

C'est une maladie qu'il faut différencier de l'anémie pernicieuse, de l'endocardite infectieuse, de l'ictère acholurique et de la leucémie aiguë. Elle est du reste plus commune qu'on ne le pense. L'hépatothérapie est peu active quand il y a hémolyse des globules rouges. La transfusion est plus efficace. André Plichet.

L. Davidson, Fullerton et **Campbelle.** ***L'anémie par déficience du fer dans l'alimentation*** (*British medical Journal*, n° 3891, 3 Août 1935, p. 195-199). — D'une vaste enquête menée à Aberdeen, dans la clientèle hospitalière, il résulte que l'anémie est rare et de mince importance clinique d'une façon générale, sauf chez les nouveau-nés du 11e au 23e mois de leur vie et chez la femme adulte. Elle est exceptionnelle, au contraire, chez les hommes adultes soumis aux mêmes conditions de vie. L'anémie est surtout fréquente chez la femme qui a mis au monde des enfants ou chez la femme enceinte. Après la ménopause, le nombre de cas diminue.

Le fait que cette anémie est fréquente chez les femmes alors qu'elle est rare chez les hommes de la même classe sociale justifie l'opinion que le fer exigé par les menstruations et les grossesses n'est pas fourni en quantité suffisante dans l'alimentation journalière. Le terme d' « anémie alimentaire » semble devoir être exact.

Sur 3.500 individus des deux sexes et de tous âges examinés à ce sujet on trouve l'anémie chez 41 pour 100 des enfants au-dessous de 2 ans, chez 32 pour 100 des enfants à l'âge préscolaire, chez 2 pour 100 des écoliers, chez 16 pour 100 des femmes adolescentes, chez 45 pour 100 des femmes adultes. L'anémie était absente chez les hommes adolescents et adultes, excepté en association avec des maladies organiques. André Plichet.

P. J. Ganner. ***Les résultats de l'administration de quinine anté-natale*** (*British medical Journal*, n° 3891, 3 Août 1935, p. 205-206). — De 50 cas d'accouchement chez des femmes normales entre 18 et 30 ans, G. tire les conclusions suivantes: la tendance à la mise en train d'un travail prématuré est diminuée par l'administration de quinine anté-natale (30 à 45 centigr. par jour); le premier et le second stade du travail sont accélérés sans aucun dommage pour la mère et l'enfant; le petit nombre de cas observés ne permet pas de conclure si l'absence de rétention placentaire ou d'hémorragies est plus grande quand on administre de la quinine avant l'accouchement; la quinine anté-natale n'a aucune influence sur l'involution utérine.

Il semble, d'après ce travail, que les contractions utérines soient renforcées par l'administration de petites doses de quinine dans les derniers mois de la grossesse. Cette méthode serait donc à recommander pour avoir de bonnes contractions utérines qui sont un facteur important dans l'accouchement. Elle est assez simple pour être utilisée en pratique courante et semble mériter plus d'attention qu'elle n'en a eu jusqu'ici.

André Plichet.

D. A. Mitchell et **H. N. Bradbrooke.** ***Nouvelles expériences sur l'usage de la quinine dans le travail normal*** (*British medical Journal*, n° 3891 3 Août 1935, p. 206-208). — Cette méthode fut proposée par Ph. Jones et Mitchell en 1930. Elle consistait à donner aux femmes enceintes 10 à 15 centigr., trois fois par jour, 2 à 3 semaines avant la date présumée de l'accouchement.

Cette administration anté-natale de quinine présente un certain nombre d'avantages. En raison de l'action tonique de la quinine, il est incontestable que les femmes arrivent en état de plus grande résistance à l'accouchement; le travail est plus aisé et plus court; la rétraction utérine est uniformément bonne; il n'y a aucune tendance au travail prématuré ni au travail précipité; les douleurs après l'accouchement ne sont pas augmentées.

A cette méthode existent peu de contre-indications, à part l'albumine et lorsqu'on veut un travail lent.

Elle n'a rien de commun avec la méthode qui consiste à donner de grosses doses de quinine pour provoquer le début du travail et qui est génératrice d'inertie utérine et d'hémorragies.

La quinine à petites doses agit comme tonique. Elle renforce les contractions utérines qui ont été déclenchées au bout du terme par un mécanisme que nous n'avons pas à décrire ici.

André Plichet.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

E. P. Maynard, J. A. Curran, L. T. Rosen, C. G. Williamson et **C. Lingg.** ***Diagnostic précoce et évolution de l'aortite dans 346 cas de syphilis*** (*Archives of internal Medicine*, t. 55, n° 6, Juin 1935, p. 873-894). — Ce travail basé sur l'étude de 346 syphilitiques suivis à la clinique syphiligraphique de l'hôpital de Brooklyn dans le but de dépister de bonne heure l'atteinte aortique montre que l'on peut y arriver actuellement bien plus tôt que jadis quand on examine systématiquement les patients deux fois par an au moyen des méthodes aujourd'hui en usage pour le diagnostic des affections cardio-vasculaires. A cet égard, ce sont la radioscopie et la radiographie qui sont les méthodes les meilleures pour déceler les anomalies aortiques.

Elles ont permis de découvrir une atteinte aortique chez 42 pour 100 de ces 346 syphilitiques. Celle-ci faisait défaut chez 14 adultes hérédo-syphilitiques de cette série.

On put préciser la date de la contamination chez plus de la moitié des sujets. Un quart furent examinés dans la première année consécutive au chancre et la moitié dans la décade postérieure à l'accident primitif. Un quart des sujets observés pendant cette décade présentèrent des lésions d'aortite, mais la date moyenne d'apparition de ces lésions se place vers la 20e année après le chancre.

On trouva des signes de syphilis aortique chez 8 patients (14 pour 100) observés dans les trois premières années suivant la contamination; un seul se plaignait de troubles subjectifs. Parmi 21 sujets, examinés de 4 à 10 ans après le chancre, 6 (28 pour 100) présentèrent des manifestations d'aortite; un avait un anévrysme et deux une insuffisance aortique. Parmi 37 sujets examinés de 10 à 20 ans après le chancre, 21 (56 pour 100) présentaient des altérations cardio-aortiques accompagnées de symptômes subjectifs dans plus de la moitié des cas et de décompensation cardiaque chez deux malades atteints en même temps d'anévrysme ou d'insuffisance aortique. Dans un groupe de patients, examinés de 20 à 25 ans après le chancre, 78 pour 100 présentaient une atteinte cardio-aortique, accompagnée chez la plupart de troubles subjectifs; 40 pour 100 avaient de l'insuffisance aortique ou un anévrysme: 15 des 17 sujets observés plus de 30 ans après le chancre avaient des lésions syphilitiques de l'aorte accompagnées dans 7 cas d'insuffisance aortique ou d'anévrysme et presque toujours de troubles subjectifs.

La décompensation cardiaque ne se produisit que chez des porteurs d'anévrysme, d'insuffisance aortique ou de lésions coronariennes.

On ne trouva de modifications significatives de l'électrocardiogramme que chez 10 pour 100 des sujets observés pendant la décade postérieure au chancre; aucune ne peut être considérée comme pathognomonique.

Chez un malade, on décela une coronarite deux ans après le chancre et l'autopsie vérifia le diagnostic.

L'atteinte de l'aorte serait donc beaucoup plus précoce qu'on ne le dit chez les syphilitiques: si elle semblait si tardive, c'est qu'elle ne se révèle par des symptômes subjectifs qu'après une longue évolution silencieuse et que les méthodes d'examen ont été pendant longtemps insuffisantes.

P.-L. Marie.

SURGERY GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

S. Silbert (New-York). ***Thrombo-angiitis obliterans (Buerger): Traitement de 524 cas par des injections intraveineuses répétées de solution salée hypertonique: expérience de dix ans*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 61, n° 2, Août 1935, p. 214-223). — Le traitement utilisé par Silbert consiste en injections intraveineuses d'une solution de chlorure de sodium à 5 pour 100. La dose initiale est de 150 cmc presque aussitôt portée à 300 cmc. L'injection sera faite lentement en 10 minutes sur le malade étendu; après quoi il peut reprendre ses occupations. Les injections seront faites d'abord trois fois par semaine puis deux fois, puis de plus en plus rarement à mesure que l'état s'améliore. La durée du traitement varie de six semaines à deux ans suivant la gravité du cas.

Dans les cas graves une amélioration ne se fait souvent sentir qu'après un minimum de six semaines, d'où nécessité d'en prévenir les malades pour qu'ils ne se découragent pas et n'abandonnent pas trop tôt le traitement.

Au point de vue étiologique, S. insiste sur l'importance du tabac comme cause de la trombo-angiite. Sur un millier de cas qu'il a observés, il n'a pas rencontré un seul malade qui ne fumât pas et toutes les fois qu'on a signalé l'affection chez un non-fumeur, il s'agissait d'un cas douteux de maladie de Buerger, probablement plutôt d'artério-sclérose.

Quoi qu'il en soit, la suppression du tabac est la première condition de guérison des malades: chez ceux qui continuent à fumer, la maladie conserve son évolution progressive. Après amélioration, les rechutes ou les aggravations sont presque toujours dues à la reprise de la mauvaise habitude, tandis que presque tous les malades qui ont cessé de fumer ont guéri, ont pu reprendre leur activité sans qu'il survienne de récidive.

Les résultats du traitement ont été les suivants: Sur 524 cas, il y a eu 434 guérisons, 88 échecs en grande partie dus à l'arrêt du traitement, 40 amputations et 24 morts. Les cas les plus anciens ont pu être suivis pendant 10 ans: or sur les cas qui ont dépassé 5 ans, au nombre de 98, il y a eu 6 morts ou amputations et 32 malades en bon état et non amputés.

Ce chiffre de 40 amputations sur 524 cas donne une proportion de 7,6 pour 100 bien inférieure aux 21,3 pour 100 de la clinique Mayo et des 21,8 pour 100 des 113 cas traités par ganglionectomie (Diez).

Dans la moitié au moins des cas, l'amputation a dû être pratiquée chez des malades qui n'ont pas voulu cesser de fumer. Chez les autres elle a été nécessitée par des gangrènes massives et a pu être habituellement faite au-dessous du genou.

Les douleurs ne sont pas une indication d'amputation, car on peut les faire cesser par la névrotomie. Les nerfs seront mis à nu au-dessus du cou-de-pied, sectionnés et immédiatement suturés. On y aura recours en particulier en cas d'ulcérations douloureuses du pied ou des orteils rendant les pansements insupportables.

255 malades présentaient des ulcérations du membre; 174 ont guéri par le traitement; sur les 81 autres, il y a eu 42 morts ou amputations, 23 qui ont cessé le traitement et chez les 16 derniers le traitement n'est pas encore assez ancien. Il a fallu faire 25 névrotomies.

L'amélioration se caractérise par la suppression de la douleur, l'amélioration de la marche, l'accroissement de l'amplitude des oscillations, l'élévation de la température des extrémités envahies, le retour des pulsations ou l'apparition de nouvelles pulsations au pied, l'accélération de la croissance des ongles et une amélioration marquée de l'état général.

Il n'existe aux injections salines à peu près aucune contre-indication et sur 35.000 injections, S. n'a pas eu une seule alerte.

M. Guibé.

LA RIFORMA MEDICA (*Naples*)

G. Pellegrini. ***Anémie perniciosiforme chez un sujet présentant une intoxication chronique par le plomb*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 16, 20 Avril 1935, p. 589-592). — L'anémie saturnine est dans la règle une anémie intense du type hypochrome, sans signes importants d'hémolyse et avec une réticulocytose plus ou moins importante, mais constante. P. rapporte l'observation d'un saturnin de 49 ans présentant depuis 3 ans un état anémique qui s'est brusquement aggravé; l'anémie par certains caractères, en particulier par une mégaloblastose évidente, rappelait l'anémie pernicieuse, mais en différait par la diminution de la valeur globulaire; la mégaloblastose étant exceptionnelle dans l'anémie saturnine banale, P. s'est demandé s'il s'agissait d'une forme atypique d'anémie saturnine ou d'une anémie perniciosiforme se développant chez un saturnin déjà anémique du fait de son intoxication; au bout de 8 mois pendant lesquels le malade avait abandonné son métier d'émailleur et avait pris très irrégulièrement du foie, l'examen du sang montra une nouvelle aggravation de l'anémie qui avait alors tous les caractères de l'anémie pernicieuse, y compris l'hyperchromie.

Lucien Rouquès.

R. Cohn. ***Rapports entre l'ictère catarrhal et la tuberculose pulmonaire*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 16, 20 Avril 1935, p. 592-597). — C. a observé en un an 20 cas d'ictère catarrhal dans un sanatorium de femmes tuberculeuses dont l'effectif n'est pas indiqué; elle estime que la tuberculose ne crée pas de prédisposition au développement du virus inconnu de l'ictère catarrhal; tout au plus peut-on admettre une certaine prédisposition hépato-cellulaire aspécifique due à l'hyperfonctionnement du foie chez des sujets habitués à une alimentation pauvre en viande et soumis au sanatorium à un régime riche en protéines. L'état pulmonaire n'est pas aggravé par l'ictère et s'améliore même parfois; le sang et les liquides tissulaires périfocaux riches en produits biliaires ont peut-être une action de désintoxication temporaire à la fois générale et locale qui rend possible le maintien de l'équilibre organique menacé par ailleurs par l'insuffisance de nutrition que produit l'ictère intercurrent.

Lucien Rouquès.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (*Tokio*)

T. Morikawa. ***Un cas de granulocytose salvarsanique, au cours d'un traitement de maladie de Nicolas-Favre*** (*The Japanese Journal of dermatology and syphilology*, t. **37**, n° 5, Mai 1935, p. 105). — Un homme de 29 ans, bien portant, consulta un médecin pour une tuméfaction ganglionnaire de l'aine droite. Le médecin fit 2 injections de 0,60 de néo-salvarsan les 22 et 30 Décembre 1933. Le 2 Janvier 1934 apparut de la fièvre, puis le lendemain une éruption scarlatiniforme généralisée, des hémorragies multiples, de l'incontinence d'urine.

L'examen du sang montra des altérations notables; les leucocytes tombèrent de 6.600 (6 Janvier) à 2.200 (10 Janvier); les polynucléaires neutrophiles tombèrent de 64 pour 100 à 1 pour 100; les lymphocytes passèrent de 19 pour 100 à 61 pour 100.

Le Wassermann était négatif, l'hémoculture négative. L'urine contenait de l'albumine et des cylindres.

La mort survint le 11 Janvier, dans le collapsus. La réaction de Frei, pratiquée peu avant la mort, reste douteuse.

A l'autopsie, on trouva une lymphogranulomatose inguinale droite; des hémorragies de la bouche avec gangrène, des ecchymoses multiples de la plèvre, du péricarde, du médiastin, des hémorragies du tractus digestif, des reins, des surrénales, une tuméfaction de la rate.

R. Burnier.

Harada. ***Lupus érythémateux des muqueuses*** (*The Japanese Journal of dermatology and syphilology*, t. **37**, n° 5, Mai 1935, p. 116). — H. présenta à la Société de Dermatologie de Tokio 3 malades, une femme et 2 hommes, atteints de lésions primitives de lupus érythémateux de la muqueuse buccale.

Chez la femme de 53 ans, apparaît depuis 3 ans surtout en été un érythème de la lèvre supérieure, puis de la lèvre inférieure; une éruption rouge survint ensuite sur le nez, la joue et la région rétro-auriculaire. Sur la muqueuse de la joue et du nez, on note également des placards grisâtres, avec atrophie centrale et télangiectasies.

Chez un homme de 36 ans, on constate depuis 1 an un érythème de la muqueuse buccale, avec œdème de la muqueuse labiale; le centre est atrophique, en partie recouvert d'une croûte. Aucune autre lésion sur la peau.

Un homme de 30 ans vit apparaître il y a 2 ans un érythème saillant de la muqueuse de la lèvre; depuis 6 mois, existe un érythème similaire des 2 lèvres, de la région scapulaire et de la cuisse droite. On note une tuberculose apicale.

La réaction de Pirquet fut positive dans le premier cas, négative dans les 2 autres cas.

Le traitement aurique amena ordinairement une amélioration des lésions.

R. Burnier.

Toyama et Ogawa. ***Traitement de la pelade par l'acétylcholine*** (*The Japanese Journal of dermatology and syphilology*, t. **37**, n° 5, Mai 1935, p. 117). — T. et O. ont traité 65 cas de pelade par l'acétylcholine. Les injections se font intradermiques à la dose de 0 milligr. 001 en ne dépassant pas 0,02 par jour; on répète ces injections tous les 8 jours.

Dans 88 pour 100 des cas, la repousse commença au bout de 3 semaines; dans 55 pour 100 des cas, elle était achevée au bout de 6 semaines.

La réaction locale est variable suivant les cas: on note d'abord une rougeur cutanée avec sudation, puis une rougeur, la formation de chair de poule, puis une pâleur de la peau.

R. Burnier.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (*Amsterdam*)

F. S. P. van Buchem. ***Mobilité de la partie supérieure du duodénum. Diverticule de la partie supérieure du duodénum*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **79**, n° 27, 6 Juillet 1935, p. 3277-3288). — B. a eu l'occasion d'observer une série de 7 malades atteints soit de mobilité anormale soit de diverticule de la partie supérieure du duodénum. Parmi les premiers, il y en a trois qui se plaignaient de douleurs dans la région gastrique sans relation avec les heures des repas. Ces douleurs présentaient ceci de remarquable que la marche les aggravait et que les malades étaient amenés à se coucher pour les éviter. Aux rayons Rœntgen, on constate que la partie supérieure du duodénum fait un coude vers le bas. Dans deux cas où il y avait un ulcère duodénal, les phénomènes ont été très analogues. Cette affection est la conséquence d'une longueur anormale du méso et surtout du duodénum lui-même. Il en résulte parfois des phénomènes d'occlusion comme il est montré par une observation concernant un homme de 40 ans dont les souffrances augmentent du fait de l'ébranlement subi en voiture, chez qui on constate aux rayons Rœntgen que si le bulbe duodénal peut se remplir, par contre il a de la peine à se vider parce que la branche ascendante se trouve alors comprimée par le bulbe dilaté.

D'une façon générale, le diagnostic différentiel entre cette affection et un diverticule de la partie supérieure du duodénum peut être assez difficile. B. le montre également par une observation.

Ces diverticules de la partie supérieure du duodénum sont plus rares que ceux de la branche descendante. Il en est donné trois observations dont deux dans lesquelles il y avait un ulcère peptique. L'examen de ces cas et de ceux de la littérature montre que les diverticules favorisent l'ulcération plus qu'ils ne sont causés par elle. On a d'ailleurs admis que ces diverticules sont souvent d'origine congénitale. Les arguments opposés à cette manière de voir ne peuvent cependant pas être considérés comme décisifs, parce que ces diverticules ont une localisation typique et, de plus, dans le fond de ces formations, on trouve très souvent des îlots pancréatiques.

Quoi qu'il en soit, dans cette dernière affection, les malades présentent souvent les mêmes symptômes que dans la première et bénéficient également du repos couché après les repas principaux ainsi que du port d'une ceinture abdominale correcte.

P.-E. Morhardt.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE POLONAISE DES SCIENCES ET DES LETTRES (*Varsovie*)

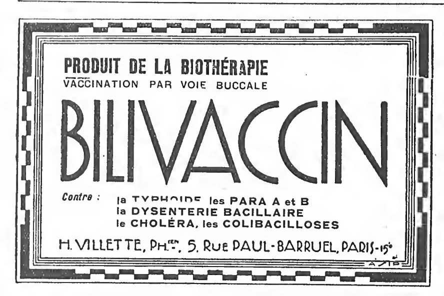
R. Tislowitz. ***Recherches sur le rôle de l'acide ascorbique dans le métabolisme du cholestérol*** (*Bulletin de l'Académie Polonaise des Sciences et des Lettres*, n° 5, Mai 1935). — T. a examiné l'influence de l'acide ascorbique sur le cholestérol du sang chez les chiens. Les recherches ont porté sur des animaux normaux ou soumis à des changements du régime ou ayant subi enfin l'extirpation des surrénales.

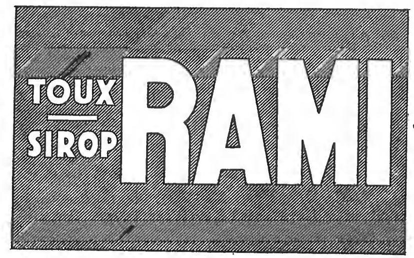
L'acide ascorbique leur a été administré par voie intraveineuse (en moyenne à la dose de 10 milligr. par kilogramme de poids).

Dans le groupe I, on a déterminé le taux du cholestérol dans le sang 1, 2, 3, 4, 6 et 24 heures après l'injection, sans trouver aucun changement. Dans une autre série d'expériences on a donné aux chiens pendant 5 à 14 jours la même dose quotidienne d'acide ascorbique; ici encore aucun changement ne s'est manifesté.

Dans le groupe II, l'administration simultanée d'acide ascorbique n'a exercé aucune influence sur les variations alimentaires du cholestérol, de sorte que les animaux auxquels on avait injecté de l'acide ascorbique ne se distinguaient pas des témoins.

Dans le groupe III, on a obtenu une élévation du cholestérol dans le sang par ablation de la sur-





MAISON DE SANTÉ DE SAINT-MANDÉ

(MAISON DE SANTÉ DU Dʳ HERCOUËT)

15, Rue Jeanne-d'Arc — **SAINT-MANDÉ** (*Seine*) — Téléphone : **DIDEROT 34-93, DAUMESNIL 14-10.**

Directeurs : C. et J. HERCOUËT

Direction Médicale

Dʳ TISON

Dʳ MINKOWSKI

Dʳ TRUBERT



Douze Villas dans un Grand Parc

Situation Exceptionnelle à la Porte de Paris

Installation Technique De Premier Ordre

L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL LE PLUS IMPORTANT
Pour le TRAITEMENT
DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
Des Maladies de la **NUTRITION** et des **TOXICOMANIES**

ENTÉRITES, DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,
AUTO-INTOXICATIONS
OZÈNES

BULGARINE THÉPÉNIER

CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES

1° BOUILLON 4 Verres à Madère par jour
2° COMPRIMÉS 6 à 8 Comprimés par jour avant les repas

Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8ᵉ

rénale gauche. Elle a été très prononcée, surtout au cours des premiers jours après l'extirpation. On a examiné dans ces conditions l'action de l'acide ascorbique sur l'hypercholestérinémie et constaté, par opposition à l'influence bien marquée des extraits des surrénales, une absence de changement ou un abaissement peu considérable de son niveau.

En résumé, la vitamine C, l'acide ascorbique, — tout comme la vitamine B 1 — n'a pas d'influence sur le taux du cholestérol dans le sang, par opposition aux vitamines A et D.

A. Ravina.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

S. Wohlfahrt et **G. Wohlfahrt** (Helsingfors). ***Recherches histologiques sur les atrophies musculaires progressives*** (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. **63**, 137 p.). — W. et W. ont pratiqué des examens histologiques chez 23 malades présentant des atrophies musculaires localisées de nature progressive et d'origine diverse. Chez 16 d'entre eux, ils ont fait une biopsie musculaire dans un but diagnostique et dans 15 cas, ils ont examiné microscopiquement la moelle. Voici leurs constatations les plus importantes :

En suivant les directives données par Slauck, on est en mesure actuellement, grâce à l'examen de la biopsie musculaire, de distinguer la dystrophie musculaire progressive et la dystrophie myotonique d'une part, des types d'atrophie d'origine spinale (sclérose latérale amyotrophique, atrophie musculaire spinale progressive, etc.), d'autre part.

Dans l'atrophie musculaire progressive d'origine nerveuse (type Charcot-Marie) on trouve surtout des lésions dystrophiques des muscles et cette forme s'apparente par plus d'un côté à la dystrophie musculaire progressive.

L'image histologique des muscles est caractéristique dans la myatonie congénitale et ne peut guère être confondue avec celle des autres myopathies.

Si l'on tient compte des constatations histologiques faites au niveau de la moelle, on trouve dans ces cas une bonne concordance avec les lésions musculaires, alors que le tableau clinique orientait parfois autrement le diagnostic. Dans de tels cas la biopsie musculaire possède une grande valeur.

Dans les 15 cas autopsiés, les cornes latérales et la zone intermédiaire de la moelle, noyaux auxquels plusieurs auteurs (Kuré, etc.) ont attribué certaines fonctions végétatives, ne présentaient pas de lésions microscopiques, bien qu'il y eût souvent une dégénération intense de la corne antérieure.

Dans un cas de sclérose latérale amyotrophique très avancé W. et W. ont mis en évidence dans la substance grise de la moelle une voie allant de la corne postérieure à la commissure antérieure, composée de fibres sensitives afférentes provenant du tractus spino-thalamique et des parties non décussées du faisceau de Gowers.

La localisation des dégénérescences cellulaires et de la gliose de réaction d'une part, et les symptômes cliniques d'autre part, dans les cas d'atrophie musculaire spinale et de sclérose amyotrophique, confirment l'opinion de Bok, à savoir que les nerfs moteurs destinés à la musculature périphérique des membres ont leurs cellules d'origine dans les portions de la corne antérieure situées le plus latéralement.

Dans les atrophies musculaires causées par une lésion primitive d'un neurone moteur périphérique, les fibres musculaires s'atrophient par groupes, ce qui tient, semble-t-il, à ce que chaque cellule motrice de la corne antérieure innerve plusieurs fibres musculaires.

Ces groupes de cellules musculaires atrophiées sur les coupes transversales se répartissent d'ordinaire sur toute la surface d'un faisceau primitif de fibres musculaires. Des zones de fibres plus ou moins atrophiées s'entremêlent à des zones de fibres normales, ce qui indique qu'un faisceau primitif est innervé d'ordinaire par plusieurs cellules de la corne antérieure.

Les aspects de lien annulaire décrits comme caractéristiques de la dystrophie musculaire progressive et de la dystrophie myotonique se rencontrent au niveau des muscles normaux.

La dégénérescence graisseuse des fibres musculaires ne semble pas être en rapport constant avec l'atrophie ou l'hypertrophie. Dans les fibres les gouttelettes graisseuses se trouvent presque toujours dans les segments anisotropes, aussi bien dans les atrophies myogènes que dans celles résultant de lésions de la corne antérieure.

P.-L. Marie.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

M. A. Schoch. ***Traitement de la séborrhée par les préparations d'acide et de pepsine*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 29, 20 Juillet 1935, p. 656-658). — S. rappelle un certain nombre de travaux qui ont mis en évidence les relations des troubles gastro-intestinaux avec des dermatoses comme l'acné, la séborrhée, la rosacée, l'urticaire, l'eczéma, le prurit, le strophulus. En pareil cas, il y a souvent subacidité ou anacidité qui a pour conséquence une digestion gastrique et duodénale défectueuse entraînant des phénomènes d'auto-intoxication. Les troubles de la motilité peuvent également intervenir. En tout cas, il semble, d'après S., bien établi que dans la séborrhée et dans l'acné, il y a insuffisance voire même disparition complète de l'acide gastrique.

C'est ce qui a amené S. à traiter 100 cas d'acné avec de l'acide chlorhydrique dilué associé à de la pepsine (acidol-pepsine). Les résultats, qui ont été très satisfaisants, doivent être dus à ce que les protéines sont mieux désintégrées.

P.-E. Morhardt.

Walter F. Schnyder. ***La cataracte dans l'enfance concurremment avec la poïkilodermie atrophiante. Apparition familiale en Suisse (Maladie de Rothmund)*** [*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 32, 10 Août 1935, p. 719]. — Il a été observé par S. un enfant de 4 ans 1/2 qui, depuis quelques mois, présente une augmentation de la sensibilité pour la lumière et chez qui, au cours des derniers quinze jours, on a observé l'apparition de la cécité accompagnée d'une coloration grise des deux pupilles. A la naissance, l'enfant était exceptionnellement gras et sa peau apparut à la mère anormalement tendue. Son développement actuel correspond à son âge. On constate sur sa peau un mélange de régions atrophiques au milieu de réseaux télangiectasiques. la présence de dépigmentation et d'hyperpigmentation, cette dernière s'observant surtout sur les marges des parties malades, au niveau du cou et des fesses, ainsi que du front et du menton. Cependant, au niveau du cou, les atrophies manquent. Dans quelques régions, on constate des lésions tout à fait analogues aux vergetures de la gestation. D'une façon générale, les faces d'extension sont plus atteintes que les faces de flexion. Les mains ont une forme massive et les deux testicules sont absents des bourses. On retrouve, dans le canal inguinal droit, une petite grosseur comme un noyau de cerise. Enfin, les deux cristallins ont complètement fondu et la capsule s'est avancée dans la chambre antérieure qui est par suite très diminuée.

L'enfant est le plus jeune de 4 frères et sœurs dont deux sont normaux. L'aînée des enfants, âgée de 12 ans 1/2, est atteinte de la même maladie et a subi l'opération de la cataracte des deux côtés.

Rothmund a eu l'occasion d'observer, en 1868, dans une vallée, trois familles dont deux apparentées et chez lesquelles, sur 14 enfants, il y en avait 5 atteints de dermatose avec cataracte et 2 autres de dermatose simplement. Ces divers malades ont été recherchés par S. qui a pu en retrouver 7 dont il a appris qu'ils étaient sans descendance, 3 étant restés célibataires, ce qui témoigne chez ces malades, d'un trouble des glandes sexuelles. Certains auteurs comme Mamou ont considéré la maladie de Rothmund comme la cataracte dans la sclérodermie. Naegeli considère qu'il s'agit de poïkilodermie atrophiante vasculaire. On trouve dans la littérature deux autres cas décrits par Bloch, de Zurich, sous le nom de dermatose poïkilodermatiforme avec cataracte. Dans un de ces cas, il a été trouvé une petite hypophyse et des testicules gros comme des haricots. Il semble très vraisemblable à S. que, dans son cas, il y avait une dysfonction hormonale intéressant la thyroïde et l'hypophyse, mais surtout les glandes génitales.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG (Berne)

T. Gordonoff und **F. Ludwig.** ***Influence des vitamines sur la croissance des tissus et des tumeurs inoculées*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. 4, n° 3, Juillet 1935, p. 213). — La question de savoir si les facteurs accessoires de l'alimentation agissent sur la croissance des tumeurs cancéreuses a fait l'objet d'un certain nombre de recherches dont les résultats sont assez divergents. Ces expériences ont porté d'ailleurs aussi bien sur des cultures de tissu que sur des animaux vivants. De nouvelles recherches à ce point de vue ont été reprises par G. et L. qui ont utilisé la méthode de Carrel employant comme milieu de culture des triturations embryonnaires provenant d'animaux nourris soit sans, soit avec vitamines.

Les expériences relatives aux effets de la vitamine A ont montré que celle-ci à la dose de 20 unités par jour dissoutes dans l'huile d'arachides a une influence nettement favorisante sur les cultures aussi bien de fibroblastes que de carcinome. Les relations qui existent entre cette vitamine et la chlorophylle sont également mises en évidence par le fait qu'une préparation de cette dernière substance a déterminé, elle aussi, une croissance encore plus marquée que la vitamine A.

En ce qui concerne la vitamine B, il a été constaté que le plasma en cas de béribéri inhibe complètement la croissance des fibroblastes. Avec la vitamine D, il n'a pas été constaté de modifications de la culture et l'acide ascorbique aurait une influence plutôt inhibante sur la croissance. En somme, seule la vitamine A a des effets à la fois sur les fibroblastes et le tissu cancéreux. D'autre part, il reste à étudier les effets séparés de chacune des deux vitamines B_1 et B_2. En tout cas, il semble que la méthode employée est très utilisable et permet de déterminer d'une façon purement physiologique le rôle des facteurs de l'alimentation.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

Jacques Dedet. ***Les injections aqueuses de soufre et d'iode dans le traitement des rhumatismes chroniques*** (*Le Bulletin Médical*, t. 49, n° 28, 13 Juillet 1935, p. 486-487). — Dans le but de rendre plus maniable cette méthode, D. se sert depuis quelques années d'une solution où, aux sels de soude, il a substitué les sels de magnésie.

L'injection est ainsi indolore. L'action sédative des ions magnésiens est plus grande que celle des sels de soude et à cette action sédative s'ajoute l'action modificatrice spéciale de la magnésie sur l'équilibre colloïdo-osmotique. Enfin, la solution de tétrathionate de magnésie peut être injectée par voie intraveineuse. Cette voie permet d'agir dans les cas appropriés avec plus de rapidité et de force. De plus, elle ouvre un champ thérapeutique plus vaste à la solution aqueuse de soufre et d'iode qui, en injections intra-veineuses, a une action nette sur les scléroses vasculaires et sur les troubles circulatoires des membres, soit par action à distance, soit par action locale sur les veines atteintes.

Robert Clément.

A. Meyer et **Pham-Huu-Chi.** ***Les septicémies post-angineuses*** (*Le Bulletin Médical*, t. 49, n° 39, 28 Septembre 1935, p. 668-677). — Certaines angines d'apparence banale peuvent être le point de départ de septicémies. Après une angine érythémateuse, pultacée et surtout ulcéreuse, avec réaction ganglionnaire le plus souvent, qui persiste ou qui a disparu, un sujet jeune et vigoureux présente une température élevée avec frissons intenses et répétés. L'état général s'altère rapidement, la pâleur et l'amaigrissement font de rapides progrès. Cet ensemble doit faire penser à la possibilité d'une septicémie qui sera affirmée par l'hémoculture systématiquement pratiquée en milieux aérobie et anaérobie.

Bientôt, la clinique fournit la preuve de la septicémie par l'existence de localisations septiques à distance. Les localisations métastatiques de la septicémie angineuse ont une affinité spéciale pour l'appareil pleuro-pulmonaire: infarctus pulmonaires ou corticaux. Le liquide pleural n'est pas putride quand un seul germe est en cause, même s'il est anaérobie; pour qu'il y ait pleurésie putride, une association microbienne anaérobie semble nécessaire. Les manifestations articulaires, pyarthroses et abcès arthrifluents, sont, après les complications pleuro-pulmonaires, les accidents le plus souvent rencontrés. Les autres localisations septiques sont plus rares: notamment celles du foie et de l'endocarde.

Les septicémies post-angineuses dues au streptocoque semblent plus rares qu'on pourrait le croire; elles ne diffèrent guère, dans leur aspect clinique, des autres septicémies dues à ce germe. Celles à staphylocoques sont tout à fait exceptionnelles. Le type même de la septicémie post-angineuse est réalisé par la septicémie à *Bacillus funduliformis*. Celles à bacille de Pfeiffer sont assez rares. Bien d'autres germes paraissent susceptibles d'être à l'origine d'une angine et d'une dissémination septicémique secondaire.

Le pronostic semble être particulièrement grave.

La septicémie semblant se réaliser à la suite d'une thrombo-phlébite de la jugulaire au voisinage de petits abcès péri-amygdaliens, on a proposé de lier la veine faciale ou les petites veines de la région amygdalienne. L'intervention chirurgicale malgré ses dangers, mérite d'être envisagée, en raison de l'insuccès des traitements médicaux essayés.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

R. Leriche, R. Fontaine et **R. Maître.** ***Résultats éloignés du traitement des ulcères de jambe par les opérations sympathiques combinées aux greffes cutanées, d'après 52 observations*** (*Journal de Chirurgie*, t. 45, n° 5, Mai 1935, p. 689-710). — Leriche et Fontaine, à la Société nationale de Chirurgie, ont, en 1926, étudié les facteurs biologiques de la chronicité de l'ulcère qui sont leur étendue et leur siège, leur mauvaise circulation, leur état d'infection chronique. Ils ont en même temps indiqué le traitement répondant le mieux aux indications pathogéniques et conseillé la sympathectomie le plus souvent périartérielle, parfois lombaire, combinée aux greffes cutanées par la méthode d'Halsted-Davies.

La sympathectomie, par l'hypérémie intense, lutte avec avantage contre la mauvaise circulation et l'infection et c'est sur l'ulcère atone et infecté, transformé grâce à elle en une plaie bourgeonnante et stérile, que se fait la greffe cutanée.

Mais tous les ulcères ne sont pas variqueux et, l'ulcère syphilitique mis à part qui a son traitement spécifique, L., F. et M. partagent, d'après l'étiologie, en 5 variétés, les ulcères de jambe traités par leur méthode dont ils nous apportent les résultats.

1° *Ulcères post-traumatiques.* — Il y a eu succès pour 6 cas de traumatisme sans fracture, mais dans 2 cas d'ulcère développé sur un cal saillant, il y eut échec et la guérison ne put être obtenue qu'après une abrasion du cal qui reste le premier temps nécessaire du traitement.

2° *Ulcères après brûlures.* — 5 cas. Un échec dans un cas très grave malgré une ramisection lombaire. Une guérison durable, une récidive partielle, un malade non revu, une guérison durable provoquant un suicide.

3° *Ulcères variqueux.* — 22 cas suivis de 22 cicatrisations rapides. Dans la suite, 4 cas n'ont pu être suivis, et, sur les 18 cas suivis, il y a: 2 récidives précoces et 3 récidives tardives, 13 guérisons dont 7 en observation depuis 3 ans et demi jusqu'à 9 ans.

4° *Ulcères phlébitiques.* — Cet ulcère, apparaissant chez un ancien phlébitique, est reconnaissable à son siège élevé sur la jambe, à ses contours réguliers, à son cerclage par une peau œdémateuse et violacée. C'est la variété grave, décevante au point de vue thérapeutique; sur 11 cas, aucune guérison et 2 morts par embolie.

5° *Ulcères essentiels.* — Leur nature reste inconnue après un traitement spécifique d'épreuve resté inefficace. 6 cas, avec 1 guérison de 6 mois. 1 récidive précoce, 2 récidives tardives, 2 cas non suivis.

Enfin, dans un cas d'*ulcère éléphantiasique*, la méthode a échoué.

P. Grisel.

Ch. Lenormant et **J. Calvet.** ***Les grands kystes non parasitaires du foie; cystadénomes biliaires*** (*Journal de Chirurgie*, t. 45, n° 5, Mai 1935, p. 715-745). — Nous ne pouvons que signaler cette étude complète des grands kystes non parasitaires du foie motivée par l'observation d'une femme de 46 ans entrée à l'hôpital Cochin en Décembre 1934 dans le service du professeur Lenormant. Les régions épigastrique et sous-costale droite sont occupées par une tumeur lisse, modérément tendue, nettement fluctuante, du volume d'une tête de fœtus. Les douleurs sont légères. L'état général est bon. Les signes d'exploration sont ceux d'un kyste hépatique sans ictère ni subictère, et, la réaction de Casoni étant négative, l'opération a lieu avec un diagnostic de kyste hépatique de nature imprécise.

Le kyste donne 1.500 cmc de liquide couleur bouillon concentré, sa cavité est lisse, il occupe le lobe gauche du foie; marsupialisation. Guérison sans incidents, mais avec persistance d'une fistule.

L'examen histologique de la paroi kystique ayant démontré la nature épithéliale cylindrique de son revêtement interne et la présence de vestiges de tissu hépatique dans sa coque fibreuse, les diagnostics de faux kyste par nécrose et ramollissement de tumeurs, d'hémangiome et de lymphangiome kystique se trouvent éliminés et celui d'adénome kystique, de cystadénome d'origine biliaire nettement établi.

Les adénomes kystiques sont parfois *multiples*, étant alors soit groupés et formant une tumeur en grappe qui peut être pédiculisée et extirpable, soit disséminés dans toute la masse du tissu hépatique, inaccessibles, et souvent associés au rein polykystique.

Il s'agit ici de l'*adénome unique* donnant lieu au grand kyste solitaire dont l'observation que nous venons de résumer est un bel exemple.

Dans l'étude pathogénique, L. et C. affirment que ces kystes sont des néoplasies véritables comme le prouvent l'existence de plages d'accroissement dans leur voisinage et dans leur propre paroi, la fréquence de diverticules intra-pariétaux et de cordons épithéliaux, pleins ou creux, reproduisant les divers stades du développement des canalicules biliaires.

Comme les conduits biliaires et les travées hépatiques se développent isolément et ne se raccordent que secondairement, il est vraisemblable que les adénomes kystiques, comme les adénomes solides, résultent d'une malformation formative (Letulle) au moment de la pénétration intra-hépatique des conduits biliaires; que ce sont des dyshépatomes (Lecène).

Suivent l'étude clinique, le diagnostic et le traitement qui sera, suivant les circonstances, l'ablation totale ou, plus souvent, la marsupialisation.

P. Grisel.

R. Leriche et **A. Policard.** ***Essai de classification générale des maladies des os*** (*Journal de Chirurgie*, t. 46, n° 2, Août 1935, p. 161-186). — Dans cet important mémoire, L. et P. proposent de ne plus envisager en un seul bloc tout ce qui touche à l'os et de procéder à une dissociation qui en permette l'étude sous trois aspects: la substance osseuse; le tissu osseux; les organes osseux.

Une première partie est consacrée à une étude histo-physiologique qui, en opposition avec beaucoup de questions obscures, fait valoir la clarté schématique de notre connaissance du métabolisme du calcium.

La seconde partie est faite de l'attribution des maladies osseuses correspondantes à chacune des parties créées par cette étude analytique. Voici un court aperçu des groupes morbides ainsi établis.

I. La substance osseuse et sa pathologie. — Les variations possibles des qualités, surtout de solidité, de cette substance osseuse qui survit à la mort, portant soit sur son complexe protéique, soit sur son complexe minéral, peuvent expliquer l'*ostéopsathyrose;* la *fragilité osseuse;* l'*osteogenesis imperfecta;* la *fracture itérative des cals.*

II. Le tissu osseux et ses maladies. — Le tissu osseux est l'ensemble des variétés de tissu conjonctif (réticulo-endothélial, adipeux, mésenchymateux, hématopoiétique) avec ses capillaires, ses lymphatiques et ses nerfs, logé entre les travées de la substance osseuse. Il règle la mise en réserve par ostéogenèse et la mise en liberté par ostéolyse. de la substance osseuse squelettique qui constitue les 99 pour 100 de la réserve du calcium organique. C'est le cycle du calcium et ses maladies.

a) *Maladies du cycle du calcium.* — 1° *Par apport insuffisant* dû à l'alimentation vicieuse, aux troubles intestinaux, créant les *lésions osseuses de carence alimentaire*, les *ostéopathies de famine*, les *ostéalgies avec raréfaction* des diarrhées et des colites.

2° *Par insuffisance de la fixation.* On ne connaît bien que deux des actions favorisantes nécessaires à la fixation du calcium: celle de la vitamine D; celle de la lumière.

Leur insuffisance cause les lésions osseuses de l'*avitaminose D*, de la *carence solaire*, du *rachitisme*, des *dystrophies générales.*

Il y a, au moins expérimentalement, des lésions osseuses par hypercalcification.

3° *Par excès de la libération.* La mise en liberté du calcium est due à l'action du dispositif hormonal parathyroïdien par un mécanisme apparent d'hyperémie localisée.

L'excès lytique, par excès de parathormone, explique la *maladie de Recklinghausen*, les *ostéopathies par le plomb*, l'*ostéomalacie*, l'*ostéoporose de l'adénome basophile.*

Il intervient pour la réalisation des *ostéoporoses* (thyréogène, ovarienne) et même de *maladies hyperostosantes non infectieuses*, car il n'y a pas d'hyperostose sans ostéolyse préalable, parfois inaperçue cliniquement et radiologiquement. Le plus frappant exemple d'une ostéolyse nécessaire à une ossification est donné par la formation du cal.

b) *Maladies du tissu conjonctif.* — Ici encore les modifications de la substance osseuse sont secondaires et l'atteinte conjonctive primitive est le fait des *infections*, des *parasites*, des *tumeurs*, des *maladies chimiques* telle la névrose phosphorée.

Le *kyste solitaire* non parasitaire paraît être aussi une dystrophie conjonctive avec ostéolyse hyperémique à rapprocher des transformations myxoïdes péri-articulaires. Il en est de même pour les *tumeurs à myéloplaxes* et peut-être aussi, mais sous réserves, pour l'*acromégalie* qui est une maladie générale avec viscéromégalie.

c) *Maladies de la chondrogenèse.* — Soit congénitales, soit de l'enfance et de la jeunesse, ces maladies sont liées à l'évolution du cartilage de conjugaison: *exostoses ostéogéniques, chondromes multiples* qui ne sont que des métaplasies non néoplasiques; *dyschondroplasie d'Ollier* que l'expérimentation (Bentzon) permettra peut-être d'étudier, *achondroplasie* d'apparence endocrinienne comme le *nanisme* et le *gigantisme.*

d) *Maladies de la lignée réticulo-endothéliale.* — Produites par la surcharge lipoïdique, cholestérinique des éléments réticulo-endothéliaux qui entraîne la destruction de la substance osseuse, elles comprennent les *maladies de Christian-Schüller* et *de Besnier-Boeck.* Elles comprennent aussi les *tumeurs métastatiques.*

e) *Maladies du tissu hématopoiétique intra-osseux. Leucémie myéloïde, myélomes multiples, myélosarcome* et ses variétés.

III. Maladies des os en tant qu'organes. — La croissance, la conformation des os sont le résultat d'influences hormonales morphogènes (thyroïdienne, hypophysaire, génitale) et mécaniques.

Les troubles apportés à ces influences ont pour conséquence les maladies de la morphogenèse (l'*acromégalie* se retrouve ici); les *anomalies de développement;* les *fractures.*

Cette classification, qui importe plus par son esprit et ses grandes divisions que par son détail, n'est donnée que comme une indication pour l'orientation des recherches qui pourront apporter des lueurs nouvelles dans l'étude des maladies osseuses.

P. Gimsel.

P. Goinard et **M. Vignardou.** ***La chirurgie des kystes calcifiés*** (*Journal de Chirurgie*, t. 46, n° 3, Septembre 1935, p. 321-346). — La calcification s'observe surtout, et par ordre de fréquence, sur les kystes hydatiques du foie, du rein et de la rate; alors qu'elle est exceptionnelle pour les kystes intra-pulmonaires, elle atteint parfois les kystes sous-pleuraux; elle est rare pour les kystes des muscles; elle modifie parfois les kystes intra-abdominaux, en particulier les kystes rétro-vésicaux.

Elle débute au niveau de la portion interne du sac fibreux et progresse en envahissant ses couches externes; puis vient l'incrustation minérale des formations parasitaires elles-mêmes qui se trouvent transformées en un bloc non homogène formé de masses stéato-calcaires séparées par des amas gélatiniformes. Cette calcification modifie les rapports entre la coque fibreuse péri-kystique et le parenchyme de l'organe qui lui a donné naissance; les constatations opératoires, l'examen de pièces vétérinaires montrent que la coque fibreuse, qui se continue avec le parenchyme dans le kyste non calcifié, en est séparée par une fissure franche au niveau des zones de calcification. Mais elle a une action défavorable pour la partie du kyste qui fait saillie, car elle s'y accompagne d'un développement marqué d'adhérences qui rendront l'ablation pénible et favorisent la rupture dans un viscère creux voisin.

Cette calcification a été regardée comme un processus de guérison (Laennec), comme l'aboutissement de la nécrose aseptique du kyste; c'est vrai pour un certain nombre de cas cliniquement inaperçus et découverts grâce à la radiographie, à l'opération, à l'autopsie, mais on a trouvé dans le contenu des kystes calcifiés des vésicules et des scolex intacts.

Il faut à ce point de vue, avec Dévé, faire une distinction entre les kystes univésiculaires, dont la calcification prouvée établit l'état d'involution, et les kystes multivésiculaires qui peuvent être encore partiellement vivants.

On ne peut compter sur les réactions biologiques pour apprécier l'état de vitalité d'un kyste calcifié (K. C.).

La calcification est pratiquement une complication qui s'observe souvent dans la paroi des pyopneumo-kystes du foie, dans celle des kystes térébrants du foie et de la rate rompus dans la cavité d'organes voisins. Elle s'oppose alors à la guérison spontanée amorcée par cette rupture.

Le chapitre du traitement comporte la discussion des diverses méthodes.

La marsupialisation qui laisse parfois des fistules interminables et qui n'arrête même pas l'action térébrante.

La décortication qui réussit dans les cas de kystes univésiculaires involués qui pourraient ne pas être opérés et qui est dans les autres cas si dangereuse qu'elle est *à priori* à rejeter.

L'exochléation, le décapage intérieur à tenter, mais dangereux.

Les conclusions sont que l'accord n'est pas encore fait en faveur d'une méthode de choix et que la conduite opératoire doit en réalité varier suivant l'organe, suivant les cas.

On trouvera un résumé de 38 observations: 21, dont 3 personnelles, de K. C. du foie traités par les diverses méthodes; 3, dont 1 personnelle, de K. C. de la rate; 9 de K. C. du rein; 2 de K. C. rétro-vésicaux; 3 de K. C. des muscles.

P. Gimsel.

REVUE D'IMMUNOLOGIE
(Paris)

J. Laigret. ***La vaccination préventive contre la fièvre jaune*** (*Revue d'Immunologie*, t. 1er, n° 2, Mars 1935, p. 113-133). — La vaccination contre la fièvre jaune est obtenue par l'emploi d'un virus vivant. La souche utilisée est la souche « française » isolée en 1927, mais dont le pouvoir pathogène a été modifié par un certain nombre de passages dans le cerveau de la souris. Dans ces conditions, il ne donne plus aux animaux d'expérience que l'infection inapparente: la maladie évolue sans aucun signe, même sans fièvre, et cependant elle est suivie de l'apparition d'anticorps spécifiques dans le sang, et de l'apparition de l'immunité.

Afin que cette souche puisse être utilisée pour la vaccination de l'homme, il a été nécessaire de l'atténuer à des degrés divers pour chacune des 3 doses injectées, de titrer exactement ces doses, et d'assurer leur conservation pendant un temps suffisant.

La vaccination est dès lors obtenue par l'inoculation de vaccins glycérinés, la première inoculation étant faite avec un virus de 4 jours de vieillissement à la température de 20°, la seconde avec un virus de 2 jours, la dernière avec un virus de 1 jour. L'intervalle entre deux inoculations successives est de 20 jours.

Une légère réaction sans fièvre ou avec une fièvre légère au 6e jour, en tout cas après une période d'incubation, est fréquemment observée. Elle peut être considérée comme un témoin de l'efficacité de la vaccination. Il n'y a jamais de réaction locale. Dans 2 cas seulement, sur plusieurs milliers de sujets vaccinés, on a observé des accidents nerveux qui ont d'ailleurs guéri sans séquelles.

L'immunité conférée est de 3 ans au moins ainsi que l'on a pu s'en rendre compte par la vérification récente du degré d'immunité des premiers vaccinés.

L'avenir dira l'efficacité de cette méthode; cependant, dès à présent, il est permis d'insister sur son innocuité et sur le fait que les vaccinations pratiquées en milieu épidémique n'ont été suivies d'aucune recrudescence de la maladie.

J. Bretey.

A. Boquet: ***La bacillémie tuberculeuse et la dissémination bacillaire du point de vue immunologique*** (*Revue d'Immunologie*, t. 1er, n° 2, Mars 1935, p. 186-199). — Du point de vue expérimental les conditions d'apparition de la bacillémie tuberculeuse dépendent de plusieurs facteurs, mais particulièrement de la quantité de bacilles injectés. Chez l'animal neuf, les bacilles inoculés par voie sanguine se comportent comme des particules inertes, car loin de se multiplier ou de vivre à l'état parasitaire, ils sont arrêtés par les cellules du système réticulo-endothélial. Ils peuvent alors former à ce niveau des follicules qui restent longtemps imperméables, mais qui, à la période terminale, peuvent laisser passer des bacilles dans la circulation, en quantités toujours minimes. Par voie sous-cutanée, digestive ou pulmonaire, si les doses sont fortes, les bacilles peuvent être retrouvés dans le sang après un délai très court allant de quelques minutes à quelques heures, mais ils en disparaissent assez rapidement et on se retrouve sensiblement, en ce qui concerne la bacillémie, aux conditions qui suivent l'inoculation directe dans la veine. Par contre, si les doses sont suffisamment réduites, ce n'est que secondairement, vers le

10e jour pour la voie sous-cutanée, que les bacilles apparaissent dans le sang. La bacillémie est donc un épi-phénomène constant au cours de la primo-infection tuberculeuse, mais elle se présente sous des modalités diverses variables d'un sujet à l'autre et qui dépendent de plusieurs facteurs.

Chez les animaux tuberculeux, les bacilles inoculés, loin de passer rapidement dans le système circulatoire, tendent à demeurer dans le foyer qu'ils ont créé. Il en résulte un retard et un affaiblissement de la bacillémie, d'autant plus considérable que l'immunité des animaux est plus marquée. Il est vraisemblable que chez l'homme, sauf dans le cas de contamination sévère, la tuberculose de primo-infection tend à se limiter à un ou plusieurs foyers. S'ils restent actifs, ils peuvent pour une raison quelconque devenir perméables. Alors les bacilles, s'ils ne sont pas arrêtés par les histiocytes entourant la lésion ou par les macrophages des ganglions, peuvent passer dans la circulation, mais c'est pour y être combattus par les cellules phagocytaires du foie, de la rate, de la moelle osseuse et du poumon. Si les décharges bacillaires dans la circulation sont fréquentes et redoutables avant l'établissement de l'état réfractaire, elles vont, dans les cas favorables, en se raréfiant progressivement.

J. Bretey.

G. Ramon et **E. Lemétayer**. ***Recherches sur l'immunité antitétanique, naturellement acquise chez l'homme et chez différentes espèces animales, en particulier chez les ruminants*** (*Revue d'Immunologie*, t. **1er**, n° 3, Mai 1935, p. 209-227). — R. et L. ont recherché la présence de l'antitoxine tétanique dans plusieurs centaines de sérums provenant de l'homme, de différentes espèces de ruminants vivant en Europe, en Asie et en Afrique, de chevaux, de porcs, de chiens et d'animaux de laboratoire. Les résultats de cette vaste enquête sont les suivants: alors que le sérum des ruminants contient l'antitoxine tétanique en quantités plus ou moins abondantes selon l'âge, l'habitat et le mode de vie des sujets, les sérums de l'homme, du cheval, du chien, du porc et des animaux de laboratoire n'en contiennent pas la moindre trace.

Ces faits permettent de s'expliquer la rareté extrême du tétanos chez les ruminants adultes et sa fréquence relative chez l'homme, le cheval, etc. Nous nous trouvons en présence d'un exemple frappant de l'immunisation naturelle occulte. Cette immunisation des bovidés s'explique de la façon suivante: des germes de tétanos sont absorbés avec les aliments, ils séjournent dans les premiers réservoirs digestifs où ils pullulent et produisent de la toxine qui, après avoir été dans une certaine mesure atténuée par les produits des autres fermentations microbiennes, passe dans l'organisme pour y créer peu à peu l'apparition et le développement de l'antitoxine tétanique. Puisque certains animaux, grâce à des particularités anatomiques et physiologiques, peuvent ainsi s'immuniser contre le tétanos, il est logique de conférer aux autres et à l'homme, par la vaccination, cette antitoxine spécifique.

J. Bretey.

G. Ramon, R. Richou et **J. Descazeaux**. ***L'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez l'homme et chez différentes espèces animales*** (*Revue d'Immunologie*, t. **1er**, n° 5, Septembre 1935, p. 401-414). — R., R. et D. ont entrepris de déceler l'antitoxine pouvant exister, en dehors de toute immunisation spécifique artificielle, dans le sang de l'homme et de différentes espèces animales. A cet effet, différentes méthodes peuvent être employées: recherche du pouvoir léthal, du pouvoir dermo-nécrotique, du pouvoir hémolytique et du pouvoir floculant. A l'exclusion de la première, elles ont été toutes utilisées avec les sangs des animaux; pour l'homme, la méthode intradermique a été seule utilisée. En respectant certaines conditions techniques indiquées, les résultats de ces différentes méthodes sont en concordance satisfaisante.

Chez l'homme, on peut, en dehors de toute immunisation artificielle, mettre en évidence dans le sang de l'antitoxine staphylococcique, ainsi d'ailleurs qu'un certain taux d'antitoxine diphtérique. Il en est de même pour le singe et le cheval. Le sang des bovidés contient moins d'antitoxine que celui des équidés; celui des moutons et des porcs en contient en quantités variables, souvent importantes chez ce dernier animal. Les chiens en possèdent très peu. Quant aux animaux d'un usage plus courant dans les laboratoires, lapins et cobayes, ils ont un pouvoir antitoxique qui va en augmentant avec l'âge. Ces résultats permettent d'attirer l'attention sur des causes d'erreurs importantes que l'on peut rencontrer chaque fois que l'on veut doser *in vivo* l'activité de l'antitoxine staphylococcique, aussi donnera-t-on la préférence aux méthodes *in vitro* (pouvoir hémolysant et floculant).

J. Bretey.

L. Nattan-Larrier. ***L'anaphylaxie héréditaire*** (*Revue d'Immunologie*, t. **1er**, n° 5, Septembre 1935, p. 455-477). — On sait depuis longtemps que certains enfants présentent des troubles dus à l'action d'aliments qui restent sans action sur d'autres sujets. Cet état anaphylactique s'est produit le plus souvent pendant les premiers temps de la vie, mais il peut aussi être le fait d'une sensibilisation prénatale. Les recherches expérimentales ont montré que, quand une femelle pleine reçoit un sérum normal hétérologue, elle acquiert une sensibilisation passive temporaire. En effet, le sérum hétérologue a traversé le placenta en trop petite quantité pour sensibiliser directement les petits. Cependant, certaines substances, en particulier l'ovalbumine, franchissent à un taux suffisant le placenta du cobaye pour donner une sensibilisation active prénatale des petits cobayes. Le lacto-sérum, les sérums antitoxiques ou normaux hétérologues, ne traversent normalement le placenta qu'à un taux tout à fait insuffisant pour provoquer une anaphylaxie active; on peut cependant l'observer dans certains cas. Il existe alors des lésions placentaires: nécroses, hémorragies, thromboses vasculaires favorisant le passage. Enfin, les sels biliaires et certains savons augmentent la perméabilité placentaire en dehors de toute lésion anatomique. Ces données expérimentales trouvent leur contre-partie clinique. Cependant, certains traits impriment à l'anaphylaxie héréditaire de l'enfant un caractère différent: l'enfant, dès les premiers jours de sa vie, subit l'action des substances qui ont pu le sensibiliser, aussi ne présente-t-il pas des phénomènes de choc, mais des réactions allergiques cutanées, intestinales ou respiratoires.

J. Bretey.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Aleman, Uleia. ***Nouvelles conceptions sur les lésions bucco-dentaires dans le diabète*** (*Revue de Stomatologie*, An. **37**, n° 9, Septembre 1935, p. 595-605). — Le diabète en modifiant l'équilibre acide-base, dans le sens acidose, provoque une alvéolyse horizontale, sans clapier, pouvant apparaître comme le premier signe du diabète. Cette alvéolyse est parfois rapide, en rapport avec la gravité du diabète. L'insulinothérapie stabilise les lésions. A. et U. n'ont pas noté de caries plus nombreuses chez le diabétique. Lorsqu'il y a polycarie, elle n'est pas en rapport avec l'acidose salivaire favorisant le développement de fermentations ou de la flore acidophile, mais A. et U. pensent qu'elle dépend de la résistance de la dent. Ils trouvent ainsi de la polycarie dans le diabète infantile, ou chez des diabétiques nés d'une mère diabétique et présentant des troubles de la calcification. Les caries du collet ne sont pas spéciales au diabétique. A. et U. admettent la possibilité de mortification pulpaire par artérite. Ils conseillent le traitement par l'insuline, l'acétylcholine, la diététique. La présence de sucre dans la cavité buccale expliquerait les gingivites, les stomatites et parfois le noma, ainsi que la pyorrhée.

C. Ruppe.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Satosu Nakagawa, Toshio Takasugi et **Jiro Yoshida**. ***Nouvelles recherches sur notre méthode de diagnostic sérologique du cancer. Contribution à une distinction sérologique des tumeurs*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 34, 24 Août 1935, p. 1218-1222). — La réaction de Nakagawa-Takasugi est une association de la réaction de Lehmann-Facius par extrait de cancer humain avec une réaction par extrait de sarcome de lapin. La première de ces réactions est positive, tandis que la seconde est négative avec le sérum de cancéreux; les deux réactions sont positives avec le sérum de sarcomateux et elles sont toutes deux négatives avec les sérums de contrôle. Cette double réaction a été étudiée dans une série importante de cas. Les sérums de cancéreux examinés s'élèvent au nombre de 330 dont 316 (95,8 pour 100) ont donné une réponse positive à la première réaction, 5 seulement répondant positivement pour le sarcome et négativement pour le cancer tandis que 9 donnaient une réponse négative pour les deux réactions

Les 9 réactions négatives (2,7 pour 100) représentent une proportion très faible et il y a lieu de remarquer qu'il en est souvent ainsi, surtout dans les phases avancées de la maladie ou encore après irradiation par les rayons Rœntgen ou après l'intervention, parce qu'alors le procédé employé précipite insuffisamment l'euglobuline.

Dans un cas d'hypernéphrome et dans un cas de môle vésiculaire, la réaction a été positive. Il a été examiné, d'autre part, 17 sérums de sarcome qui ont donné une réaction positive pour le sarcome et négative pour le carcinome dans 94,5 pour 100 des cas. Dans un cas d'endothéliome, la réaction a été positive comme pour le sarcome.

Dans 11 cas de lipome, 8 cas de fibrome, 1 cas d'ostéochondrome, 2 cas d'hémangiome, il a été également constaté une réaction positive pour le sarcome et négative pour le cancer. Une série de tumeurs épithéliales bénignes a été également examinée et on a constaté une réaction positive pour le cancer et négative pour le sarcome dans 7 cas de kyste de l'ovaire, 1 cas de polype gastrique et 1 cas de polype utérin.

Les 696 sérums de contrôle examinés ont donné 24 fois (3,3 pour 100) une réaction positive pour le cancer et négative pour le sarcome et 80 fois (11,5 pour 100) une réaction négative pour le cancer et positive pour le sarcome tandis que 592 (85,2 pour 100) donnaient une réponse entièrement négative. Parmi les cas qui ont donné des réactions non spécifiques, on trouve des proportions importantes d'ulcère gastrique, de gastrite chronique, de pleuro-péritonite et d'affections de la circulation.

La signification clinique de cette méthode de sérodiagnostic n'est pas diminuée par le fait que les tumeurs épithéliales peuvent réagir comme un cancer vrai ou comme les tumeurs conjonctives pouvant également réagir comme un sarcome vrai. Pour interpréter ces réactions, il faut naturellement éliminer d'abord les tumeurs bénignes puis, en second lieu, les réactions non spécifiques.

P.-E. Morhardt.

S. Thaddea. ***Infection et cortico-surrénale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 36, 7 Septembre 1935, p. 1275-1284). — On sait qu'en cas de maladie d'Addison, la résistance à l'égard des infections comme par exemple une angine est très nettement diminuée. Pour le démontrer, T. met en évidence les principaux symptômes humoraux de la maladie d'Addison et leurs relations avec ceux qui sont observés en cas d'infection. C'est ainsi, en particulier, qu'on observe chez les addisoniens de la créatinurie, témoin d'une disparition du glycogène des muscles qui s'accentue au cours des crises En même temps, l'administration d'adrénaline ne parvient plus à provoquer d'augmentation de la lactacidémie, symptômes qui, l'un et l'autre, disparaissent après administration de l'hormone de la cortico-surrénale et d'acide ascorbique

Les recherches expérimentales et les constatations anatomo-pathologiques ont d'ailleurs montré que surtout l'écorce des surrénales peut être altérée d'une façon passagère ou durable dans certains états pathologiques et notamment dans les infections générales. On constate, en pareil cas, une disparition des lipoïdes et une vacuolisation avec caryolyse et destruction de la cellule en même temps que troubles circulatoires: hypérémie, œdème, hémorragie, infarctus, etc. Ces lésions ont été observées en cas de fièvre typhoïde, de pneumonie, de formes septiques de la grippe et surtout dans la scarlatine et dans la diphtérie, ainsi que dans beaucoup d'autres maladies infectieuses. Il semble donc que dans de nombreux cas de maladies infectieuses, la cause de la mort soit précisément les altérations de la cortico-surrénale dont l'importance est vitale.

Au cours de ces infections, on observe souvent des symptômes qui trahissent une hypofonction de la corticosurrénale et notamment de l'adynamie musculaire accompagnée de créatinurie témoignant d'une disparition du glycogène musculaire. T. a constaté, chez des cobayes empoisonnés par la toxine diphtérique, l'apparition de créatinurie qu'il a réussi à combattre par l'administration d'hormone de la cortico-surrénale et d'acide ascorbique, ainsi d'ailleurs que la disparition du glycogène musculaire. Tandis que chez l'animal normal cette substance se retrouve dans les muscles dans la proportion de 0,4 pour 100, chez les animaux intoxiqués par la dipthérie, on n'en retrouve plus que 0,187, chiffre qui remonte à 0,370 quand on a procédé pendant deux jours à un traitement par l'hormone de la cortico-surrénale et l'acide ascorbique. Les chiffres correspondants pour la créatine de l'urine sont 25 chez l'animal normal, 221 chez l'animal intoxiqué et non traité, des hémorragies et des nécroses de la cortico-surrénale qui ne s'observent pas chez les animaux intoxiqués mais traités.

De fortes doses d'acide ascorbique sont d'ailleurs nécessaires pour obtenir ce résultat. La carence de cette vitamine agit vraisemblablement en diminuant l'immunité naturelle. Effectivement, des recherches expérimentales ont montré que, dans un milieu pauvre en vitamine, la virulence des microorganismes augmente.

Pour savoir si cette action de la vitamine C, relativement à la toxine diphtérique, a un caractère de spécificité, il a été procédé par T. à une altération du système réticulo-endothélial par injection préalable d'électrocollargol. Or, il ne semble pas que chez un animal dont le système réticulo-endothélial a été lésé de cette façon, l'acide ascorbique ait moins d'effet que chez les contrôles. En somme, il faut admettre que cette vitamine associée à l'hormone de la cortico-surrénale augmente les forces de défense de l'organisme. P.-E. Morhardt.

Karl Heckmann. ***Phénomène péricarditique en cas de pneumothorax gauche et constatation kymographique déterminée par les déplacements du liquide dans le péricarde*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 40, 5 Octobre 1935, p. 1422-1425). — Dans un cas de pneumothorax gauche, il a été constaté immédiatement après une insufflation, que la pointe du cœur présentait une protubérance de la grosseur d'une noix et animée de pulsations paradoxales. Effectivement, cette protubérance se gonflait pendant la systole et disparaissait dans l'ombre du cœur pendant la diastole. Il ne pouvait pas s'agir d'un anévrysme. Par contre, il a semblé probable qu'une augmentation du liquide intra-péricardique pouvait être en jeu étant donné que la résistance du coussin représenté par le poumon gauche avait disparu. Bien que le péricarde possède d'ordinaire des fibres élastiques en quantité d'ailleurs modérée, il faut admettre que, dans ce cas, la résistance de cette membrane n'était pas suffisante pour résister à la pression hydrostatique du liquide intra-péricardique.

Ces considérations sont confirmées par le fait qu'on faisait disparaître ce phénomène soit en couchant le malade, soit encore en le faisant respirer profondément. Dans ce dernier cas, en effet, la traction du diaphragme sur le sac péricardique empêche la protubérance de se produire.

Des phénomènes du même ordre ont pu être observés chez une série de malades: l'angle phrénico-cardiaque gauche se trouvait rempli par un paquet persistant même pendant la diastole et dans le décubitus horizontal. Il s'agissait alors d'adhérences péricarditiques comme il s'en observe précisément parfois dans le pneumothorax gauche et dues à une pleuropéricardite adhésive. Ces productions pouvaient être également le siège de pulsations dédoublées comme on put le constater par l'analyse exacte de la kymographie du cœur.

Ce phénomène doit être attribué au fait que le liquide péricarditique présente des ondulations: après le déplacement vers la ligne médiane du bord du cœur, survient un mouvement rapide vers la gauche, dû non pas au cœur lui-même, mais au liquide intrapéricardique; ensuite, la diastole en survenant provoque une disparition du liquide et par suite un court mouvement de l'ombre vers la ligne médiane.

A l'examen du kymogramme, on constate que ces pulsations sont caractérisées par un dédoublement des sommets. Or, le dédoublement de ces sommets n'est pas rare chez les cardiaques. Il a déjà été constaté notamment par Pleikart et Stumpf pour qui ce phénomène serait signe d'une myomalacie du myocarde. Il semble à H. que l'hypothèse d'une augmentation du volume du liquide intrapéricardique est plus vraisemblable.

P.-E. Morhardt.

Erich Hesse, Hans Franke et **Hellmut Hering.** ***La détoxication de la phénylhydrazine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 40, 5 Octobre 1935, p. 1425-1427). — L'emploi de la phénylhydrazine dans le traitement des polycythémies, légitimé par la propriété hémolytique de ce corps, entraîne une série d'accidents et notamment des états de faiblesse, de l'ictère, des altérations du foie, des troubles gastriques, etc. Il y avait à voir si les propriétés toxiques de ce produit pouvaient être neutralisées d'une façon ou d'une autre. H. et ses collaborateurs ont ainsi procédé à des expériences chez le chien et ont constaté que le chlorure de phénylhydrazine, à la dose de 2 centigr. par kilogramme, entraîne la mort de cet animal en 22 jours en moyenne. Chez les animaux ainsi intoxiqués, on a constaté d'abord l'absence de modifications du métabolisme des corps gras et par contre un trouble très marqué des échanges d'hydrates de carbone caractérisé par une disparition complète du glycogène du cœur (0,03 contre 1,2 pour 100 chiffre normal), de la musculature (0,17 contre 1,6 pour 100) et du foie (1,6 contre 4,4 pour 100).

Pour empêcher cette perte de glycogène, on pouvait d'abord songer aux métaux ayant des propriétés antithyroïdiennes et notamment au fer, à l'arsenic et au praséodyme ainsi qu'à une source alcaline (Salzbrunn), aux éléments constitutifs du glycogène, c'est-à-dire au glucose et au dioxyacétone et enfin à de petites doses de chlorure de magnésie. Les 16 animaux, intoxiqués par la phénylhydrazine et traités par ces médicaments, ont supporté l'intoxication pendant plus de 60 jours et en augmentant de poids en moyenne de 1 kilogr. 700 par animal. Au total, ils s'étaient montrés capables de supporter une dose triple de celle qui avait déterminé la mort des animaux témoins. De plus, chez eux, le glycogène du foie était normal, celui du cœur et des muscles atteignant la moitié du taux normal. La recherche du glutathion dans le foie a montré également que, sous l'influence de l'intoxication, le glutathion oxydé est dix fois plus abondant que normalement alors que chez les animaux détoxiqués les chiffres trouvés sont normaux.

Il semble donc que quand on veut utiliser la phénylhydrazine dans la polycythémie, il faut simultanément recourir à l'administration de l'un ou l'autre de ces divers détoxicants.

P.-E. Morhardt.

H. Siedek et **F. Zuckerkandl.** ***Les rapports de l'excrétion du sodium et du chlore dans l'urine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, nos 16, 32 et 40, 20 Avril, 10 Août et 5 Octobre 1935, p. 567-569, 1137-1139, 1428-1429). — Il a déjà été démontré que, contrairement à ce qu'on croyait autrefois, le chlore et le sodium ne sont pas éliminés avec l'urine dans des proportions relatives toujours semblables. Mais cette question n'a commencé à être étudiée pratiquement que par S. et Z. qui ont eu recours à la méthode de Folling de détermination de Na, ce qui a permis de définir le quotient Na/Cl. Ce quotient est égal à 1 quand l'élimination urinaire se fait sous forme de NaCl. Si Na est retenu, ce quotient est inférieur à 1 et inversement. Chez les sujets sains avec un régime habituel, notamment au point de vue sel et au repos, ce quotient est effectivement égal à 1. Mais un travail physique chez des sujets non entraînés peut provoquer, pendant le travail, une rétention de Na suivie après le travail d'une sécrétion exagérée de Na. Chez les cardiaques, ces phénomènes sont encore plus marqués et peuvent même s'observer au repos complet, le quotient NaCl tombant alors à des chiffres comme 0,3 pour remonter aussitôt que la compensation se rétablit.

Des phénomènes analogues sont également vus dans les affections aiguës telles que la grippe, le rhumatisme articulaire aigu, la gastrite et les affections fébriles diverses. Par contre, le paludisme et les inflammations qui s'accompagnent de destructions tissulaires importantes (pneumonie grave, atrophie jaune aiguë du foie) constituent à ce point de vue une exception.

Ce quotient a été étudié spécialement dans l'ictère et on a trouvé alors une modification nette du quotient qui est inférieur à 1 au début de la maladie, ce qui signifie qu'il y a rétention de Na sans d'ailleurs excès concomitant de Cl. Il y aurait lieu d'admettre que la rétention de Na, ainsi produite, aurait pour origine une augmentation de la perméabilité vasculaire. Avec la guérison de la maladie, le quotient, par contre, commence à dépasser 1 au point que parfois on trouve 4 fois plus de Na que de Cl dans l'urine. Quand cette augmentation du quotient ne se produit pas, il semble y avoir tendance à une aggravation de la maladie. Dans les inflammations séreuses sur lesquelles Eppinger a attiré l'attention, il semble y avoir un foyer producteur de corps acides qui fixent du Na.

Ces troubles dans les échanges de Na et de Cl s'observent également dans des affections inflammatoires ou non (cirrhose, rhumatisme, ulcus, affections allergiques, hypertension) et alors on constate qu'à des rétentions prolongées pendant des

jours et des mois de Na peuvent succéder des périodes d'élimination exagérée. La détermination du quotient de Na/Cl faite un certain jour ne permet donc aucune conclusion. Or, jusqu'ici, les méthodes de laboratoire ne permettaient guère de faire très fréquemment des déterminations de ce genre. Une nouvelle méthode était donc nécessaire. S. et Z. ont eu, pour cela, l'idée de recourir à l'épreuve de l'eau de Volhard. Au cours du premier jour, on détermine le quotient Na/Cl dans l'urine de 24 heures, puis le lendemain on fait boire un litre et demi d'eau en une fois à jeun et on détermine alors de nouveau le quotient Na/Cl dans l'urine recueillie pendant les 4 heures suivantes. Si le quotient était égal initialement à 1 et si celui qui existe dans l'urine de diurèse n'est pas inférieur à 0,85, on peut admettre qu'il n'existe aucun trouble du métabolisme du sel de cuisine. Si la valeur initiale est inférieure à 1, il y a toujours rétention de Na qui peut s'accompagner de rétention d'eau ou représenter au contraire un cas de rétention sèche ou d'allergie spécifique du sel de cuisine.

Si le chiffre initial est égal à 1 ou supérieur à 1, et si le quotient de l'urine de diurèse est inférieur à 0,85, on se trouve en face d'un trouble du métabolisme du sel de cuisine qui ne saurait être découvert par les méthodes ordinaires, c'est-à-dire en somme qu'on arrive à faire le diagnostic fonctionnel du « pré-rein », diagnostic dont l'importance en clinique n'a pas besoin d'être mise en évidence.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

L. Nuernberger (Halle). ***Rôle de l'ostéodystrophie fibreuse et généralisée (maladie de Recklinghausen) en obstétrique*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 34, 23 Août 1935, p. 1093-1095). — La maladie de Recklinghausen qui atteint presque tous les os est caractérisée par la transformation des substances médullaires en tissu conjonctif lâche (fibrose de la moelle) d'une part, et, d'autre part, par de l'ostéoporose et l'existence de pseudo-tumeurs et de kystes dans les os. Ces phénomènes déterminent un affaiblissement très important des résistances osseuses, ce qui amène à des fractures « spontanées », à des transformations, des inflexions et des incurvations.

On peut observer ces mêmes phénomènes en cas d'ostéomalacie; ces deux affections pourtant différentes du point de vue anatomo-pathologique sont facilement confondues. Cependant, il est de la dernière importance de distinguer les deux maladies, de façon à ce que les sujets atteints de maladie de Recklinghausen puissent être traités en temps utile.

Guy Hausser.

H. Otto (Halle). ***Erythrocytose dans l'ulcère duodénal*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 34, 23 Août 1935, p. 1105-1106). — O. a constaté que l'érythrocytose est très fréquente chez les sujets atteints d'ulcus duodénal ainsi que chez les ulcéreux gastriques.

Dans 270 cas observés, O. a relevé l'érythrocytose dans plus de 33 pour 100 des cas. Et plus de 5.500.000 globules rouges dans 14 pour 100 des cas.

O. croit que le suintement hémorragique et continu des ulcères amène une excitation de la moelle qui réagit par la production exagérée de globules rouges. On rencontre encore cette érythrocytose dans les cas de duodénites simples, d'atonie gastrique, etc.

O. établit une nouvelle classification des ulcères gastriques et duodénaux :

1° Ulcères ne saignant pas, le sang ayant une composition normale;

2° Ulcères saignants :

a) Ulcères avec saignements latents dus à des irritations locales.

b) Ulcères avec saignements latents, mais avec : anémie légère et secondaire; anémie grave.

c) Ulcères saignant manifestement, de premier degré : avec anémie légère; deuxième degré : avec anémie moyenne; troisième degré : avec anémie grave et secondaire, due à de fortes hématémèses.

Guy Hausser.

L. Nuernberger (Halle). ***Maladie de Recklinghausen en obstétrique*** (*suite*) [*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 35, 30 Août 1935, p. 1127-1129]. — Les douleurs, l'asthénie et l'atrophie musculaires, la douleur à la pression sont des symptômes caractéristiques des deux affections citées. Cependant l'augmentation du taux du calcium éliminé par les reins (hypercalciurie), l'augmentation du taux de calcium dans le sang, et les troubles de la sensibilité électrique, ne se retrouvent que dans la maladie de Recklinghausen.

Il faut donc en présence de fractures chez la femme enceinte ou après l'accouchement considérer les deux maladies comme possibles. La radiographie de tout le squelette devra être faite. Elle montrera en cas d'ostéomalacie seulement de l'atrophie, donc une atténuation générale des ombres osseuses, tandis qu'en cas de Recklinghausen, on verra de larges côtes claires bien limitées dues aux « cystes » ou aux tumeurs.

Guy Hausser.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA
(Sydney)

M. L. Unwin (Sydney). ***La « fièvre de la côte » et le typhus tropical endémique dans le Queensland du Nord. Recherches récentes, découvertes cliniques et de laboratoire*** (*The Medical Journal of Australia*, vol. II, t. **22**, n° 10, 7 Septembre 1935, p. 303-308). — U. a étudié 1.500 cas de maladie étiquetée « fièvre du littoral », survenant chez les enfants aussi bien que chez les adultes, principalement chez les travailleurs de la brousse ou des champs de cannes.

Le début est en général soudain, avec des douleurs dans les membres et particulièrement au niveau des lombes et dans le cou. La température s'élève rapidement à 40° où elle se maintient pendant 4 jours pour céder progressivement; dans quelques cas, elle se prolonge 11 à 16 jours et la défervescence est plus rapide. La face est vultueuse, les conjonctives injectées, souvent avec photophobie. Une odeur spéciale émane de ces patients et permet parfois à elle seule de faire le diagnostic de l'affection. Les ganglions de l'aine et de l'aisselle et parfois du cou sont augmentés de volume, en général vers le 3e ou le 4e jour. A la même époque, apparaît dans au moins 70 pour 100 des cas une éruption variable, constituée d'abord de petites papules roses qui s'effacent à la pression, puis maculeuse et plus foncée, ressemblant souvent à la rougeole; dans les cas graves, il y a des pétéchies. La langue est saburrale, le pharynx rouge et injecté; dans 10 pour 100 des cas, il y a des vomissements et des douleurs épigastriques. L'albuminurie est fréquente, mais sans véritable néphrite.

On avait d'abord pensé à la possibilité de fièvre typhoïde ou paratyphique, mais dans 99 pour 100 des cas, la séro-réaction de Widal fut négative. Les examens ne sont pas en faveur d'une spirochétose ictéro-hémorragique; au contraire, dans presque tous les cas, on trouva une réaction de Weil-Félix positive et agglutination du proteus X-19, race de Kingsburry, alors que l'agglutination était négative avec le proteus de Varsovie.

Souvent, on a pu trouver des traces de morsures d'insectes et U. pense que l'animal vecteur est un acarien, les rats et les souris des champs de cannes et de la brousse jouant le rôle de réservoir de virus.

Il est probable que sous le nom de « fièvre de la côte » il y a quelques cas de fièvre typhoïde et de maladie de Weil, mais que la grande majorité des cas appartiennent à un typhus tropical endémique rural.

Robert Clément.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

M. Allurralde et **M. J. Sepich.** ***Syndrome de compression médullaire par métastase néoplasique des capsules surrénales*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 12, 20 Mars 1935, p. 559-568). — Dans les tumeurs rachidiennes, la moelle résiste bien plus longtemps à la destruction que les corps vertébraux.

A. et S. rapportent l'observation d'un homme de 32 ans, chez qui a évolué une tumeur surrénale propagée au rachis. Début par de violentes douleurs en ceinture, rebelles aux sédatifs. Puis apparaissent des paralysies et des troubles sphinctériens.

Abolition des réflexes tendineux et de la sensibilité au membre inférieur. Démarche impossible. Liquide céphalo-rachidien : 5 *gr.* 5 d'albumine, 4 leucocytes, 8 hématies. La radiographie montre la destruction des corps vertébraux des 3e, 4e et 5e lombaires.

Un œdème considérable envahit les membres inférieurs, avec circulation collatérale, escarre sacrée. Mort après 3 mois d'évolution.

A l'autopsie, on trouve un épithéliome de la surrénale droite, propagé au rein, aux ganglions lombo-aortiques, comprimant la veine cave et infiltrant les corps vertébraux adjacents.

G. d'Heucqueville.

H. Heindereich et **G. L. Heindereich.** ***La distension gazeuse de l'estomac dans les états normaux et pathologiques du diaphragme*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 12, 20 Mars 1935, p. 568-579). — H. et H. publient 4 observations, avec clichés radiographiques, de distension gazeuse de l'estomac, chez 4 malades atteints respectivement de symphyse pleurale, de hernie gastrique péri-œsophagienne, de gigantisme diaphragmatique par aérocolie, enfin d'ascension idiopathique du diaphragme.

Il faut remarquer que les ascensions les plus considérables du diaphragme se rencontrent, moins dans les atonies intrinsèques, que dans les distensions par poussée abdominale.

Un certain désaccord divise les travaux consacrés à cette question. Le signe de Cordier possède une réelle valeur diagnostique, mais il faut savoir que, dans les éventrations diaphragmatiques, l'ascension reste peu importante.

G. d'Heucqueville.

A. J. Heindereich, G. L. Heindereich et **J. B. Orlando.** ***Gigantisme diaphragmatique par pulsion gastro-colique gauche*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 13, 27 Mars 1935, p. 620-633). — Le gigantisme diaphragmatique, décrit par Bard, se distingue de l'éventration diaphragmatique par la conservation de la motilité du muscle. De plus, il existerait, dans le gigantisme du diaphragme, un balancement entre les contractions de ses faisceaux centraux et costaux.

H., H. et O. publient un cas, n'offrant d'ailleurs pas ce dernier caractère.

Observation d'un homme de 42 ans, qui présente de l'aphonie, de la dysphagie, des spasmes laryngés, des douleurs pré-cordiales, des éructations. Syndrome radiologique d'ascension de la coupole diaphragmatique.

La symptomatologie comporte trois syndromes, syndrome laryngo-pharyngé, syndrome angineux, et syndrome douloureux thoraco-abdominal.

Le gigantisme diaphragmatique se met en évidence, sur les radiographies, en position transverse, les viscères creux non distendus par les gaz. L'élongation siège sur les fibres tendineuses, à l'exclusion des fibres musculaires qui conservent leur tonus. G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

G. Maranon, J. A. Collazo, P. Vittorio et **P. Moreira.** ***Effets du régime hyper-chloré dans la maladie d'Addison*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. **16**, n° 10, 30 Mai 1935, p. 348-355). — Il faut rattacher à la diminution du métabolisme de l'eau, chez les addisoniens. les phénomènes d'allure urémique ou acidosique.

Le taux des ions Cl et Na est diminué dans les humeurs des addisoniens, alors que le taux des ions K est augmenté. La pseudo-péritonite de ces sujets s'explique par une excitation aiguë du vague par le potassium en excès.

M., C., V. et M. prescrivent, pendant un mois, un régime hyper-chloré. Ils obtiennent des améliorations cliniques sensibles, en particulier l'augmentation du poids, par fixation d'eau, reconstitution des graisses, rétablissement de la glycémie normale.

L'équilibre ionique se rétablit, l'ion Na déplaçant l'ion K.

L'hormone cortico-surrénale produit aussi une ré-hydratation, vraisemblablement en fixant le sodium et en modifiant l'osmo-régulation.

5 observations. Bibliographie.

G. d'Heucqueville.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (Bruxelles)

J. Demoor. ***Les « substances actives » du travail automatique de l'intestin*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, série 5, t. **15**, n° 7, 13 Juillet 1935, p. 357-389). — Les muscles isolés, longitudinaux et circulaires de l'intestin grêle du chat, dans le liquide de Ringer ou de Locke, chauffé et aéré, se comportent différemment quand ils sont soumis à l'action de leurs propres extraits ou à celle de l'acétylcholine. L'acétylcholine exagère d'une manière importante et fugace l'activité propre de chacun de ces muscles, sans en modifier le caractère; les extraits musculaires intensifient l'activité, faiblement mais longtemps; en outre, ils en changent le type lorsque chacun d'eux intervient sur le muscle non correspondant.

Les extraits des deux muscles ont le même pouvoir excitant, il serait dû à la présence d'acétylcholine libre dans le tissu contractile.

Des expériences avec des muscles isolés, conservés à la glacière; d'autres, avec des extraits musculaires, mis au contact de sérum sanguin de chat ou de cheval, permettent de juger l'action des extraits intestinaux en l'absence d'acétylcholine libre.

Grâce à l'emploi du muscle dorsal de la sangsue lavé et plongé dans le liquide de Locke et accroché à un myographe, on peut dépister et comparer les doses très faibles d'acétylcholine.

De l'ensemble de ces travaux, D. conclut que les deux espèces de muscles intestinaux, longitudinaux et circulaires renferment de l'acétylcholine qui intensifie leur travail et un second facteur, légèrement excitateur et nettement orientateur de l'allure du mouvement, qui donne à chacun d'eux des caractéristiques motrices nettes. Dans ces conditions, le même muscle pourra alternativement extérioriser une activité circulaire ou longitudinale.

Robert Clément.

LE SCALPEL (Bruxelles)

J. Lequime. ***La pression artérielle au cours de la respiration périodique*** (*Le Scalpel*, t. **88**, n° 34, 24 Août 1935, p. 1049-1054). — Chez 6 malades, en décubitus horizontal, on a ponctionné l'artère fémorale à l'aide d'une aiguille de 9/10 de millimètre et enregistré sur papier enfumé les variations de la tension artérielle au cours d'une respiration à type de Cheyne-Stokes.

L'inscription simultanée de la respiration et des variations de la pression intra-artérielle permet d'étudier leurs rapports. Dans tous les cas, on a observé une élévation de la tension artérielle de 15 à 40 mm. de mercure pendant la phase d'hyperpnée.

La tension intra-artérielle ou dynamique la plus élevée est atteinte à la fin de la période d'hyperpnée et se maintient à peu près à ce niveau pendant le premier tiers de la phase d'apnée suivante. La tension la plus élevée ne correspond donc pas aux plus grandes amplitudes respiratoires et la réduction progressive des respirations ne l'abaisse pas. La chute de la tension moyenne intra-artérielle commence vers le milieu de la phase d'apnée, se poursuit pendant les premiers mouvements respiratoires d'amplitude croissante et atteint son niveau le plus bas peu de temps après le début de l'hyperpnée.

Ces expériences montrent que les variations de la tension intra-artérielle, au cours de la respiration périodique de Cheynes-Stokes, sont absolument indépendantes des excursions respiratoires et, par conséquent, des facteurs mécaniques intra-thoraciques évoqués par certains auteurs. Les variations de l'acide carbonique dans le sang expliquent le décalage respectif de la courbe d'excitation du centre respiratoire, exprimée par la phase d'hyperpnée du Cheynes-Stokes et de la courbe d'excitation vasomotrice traduite par la phase d'hypertension intra-artérielle. Robert Clément.

BRASIL MEDICO (Rio-de-Janeiro)

C. de Andrade. ***Les hémorragies rétiniennes dans le paludisme*** (*Brasil Medico*, t. **49**, n° 16, 20 Avril 1935, p. 355-360). — Les hémorragies rétiniennes ne s'observent pas exceptionnellement dans le paludisme. On peut incriminer la destruction des globules rouges, l'action des toxines, l'oblitération des vaisseaux rétiniens par des débris cellulaires et des parasites.

Les variations de tension des artères rétiniennes correspondent à des variations de tension des artères cérébrales.

L'ophtalmoscope montre des zones hémorragiques de forme allongée, ou des hémorragies en plaques pré-rétiniennes.

Les hémorragies rétiniennes du paludisme régressent spontanément, souvent dans un délai d'un mois.

5 clichés ophtalmoscopiques démonstratifs.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

J. Loman, A. Myerson et **D. Goldman.** ***Effets des variations de la posture sur la pression du liquide céphalo-rachidien*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **33**, n° 6, Juin 1935, p. 1279-1295). — L'étude de la pression du liquide céphalo-rachidien chez l'homme et les animaux au niveau de la région lombaire et de la grande citerne dans diverses positions a amené L., M. et G. aux conclusions suivantes :

En position assise, la pression du liquide dans la région lombaire et sous-occipitale est en rapport étroit avec la distance qui sépare ces deux régions. La pression sous-occipitale était négative dans 7 cas et légèrement positive dans 6 cas dans cette position.

La pression lombaire, moins la pression atloïdo-occipitale, est approximativement égale à la distance verticale qui sépare ces deux régions.

La pression lombaire en position assise ne peut être comparée avec celle en position couchée. Cette dernière pouvant être basse et la première relativement élevée, ou *vice versa*.

La pression en position à quatre pattes est toujours beaucoup plus basse que la pression en position couchée sur le côté. L'augmentation de la pression cisternale, quand le sujet passe de la position horizontale à la position verticale, tête en bas, est approximativement 3 fois aussi grande que la diminution de cette même pression cisternale quand le sujet passe de la position horizontale à la position verticale, tête en haut.

La pression, couché en position dorsale, est légèrement plus élevée que lorsque le sujet est couché sur le côté.

La pression du liquide céphalo-rachidien, bien que recevant son impulsion première des capillaires des plexus choroïdes, est modifiée constamment par des facteurs multiples, dont le principal est représenté par la pression veineuse.

Etant donnés les rapports existant entre les plexus veineux en contact avec les espaces sous-arachnoïdiens et le retentissement des variations de la pression thoracique abdominale ou extérieure sur celle de ces plexus veineux, il semble inexact de considérer la cavité intra-cranio-vertébrale comme une cavité close et à paroi semi-rigide.

H. Schaeffer.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

J. H. Masserman. ***Effets de l'administration intra-veineuse de solutions hypertoniques de sucrose, spécialement sur la pression du liquide cérébrospinal*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **57**, n° 1, Juillet 1935, p. 12-20). — A 17 sujets normaux, après avoir commencé par lui-même, M. a injecté 300 à 500 cmc d'une solution de sucrose à 50 pour 100 et, chez eux, a étudié la pression du liquide céphalo-rachidien à plusieurs reprises et la diurèse. Chez 16 sujets, on a, en outre, fait des dosages des différents composants du sang 1/2 heure à 8 heures après l'injection de 500 cmc d'une solution de sucrose à 50 pour 100.

Le sucrose, en solution hypertonique intra-veineuse, dans le but de diminuer la pression du liquide cérébrospinal, a de nombreux avantages sur le dextrose et les sels électrolytiques.

La solution à 50 pour 100 est facile à préparer et bon marché. Après l'injection de 300 à 500 cmc, l'augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien est moindre et de plus courte durée qu'avec le dextrose et les autres solutions électrolytiques. Ensuite, la diminution de la tension intra-cranienne recherchée est plus marquée et plus prolongée. Tout ceci probablement en raison de la relative imperméabilité de la barrière méningée au sucrose.

Au taux de 50 pour 100, le sucrose ne produit pas de phlébite au point d'injection, il ne donne qu'une réaction légère, s'il se répand dans les tissus sous-cutanés environnants. Des doses relativement

grandes de sucrose peuvent être introduites dans la circulation sans être toxiques et sans entraîner de troubles sérieux dans la chimie ou la cytologie du sang.

Disaccharide et étranger au sang circulant, le sucrose ne passe pas dans les tissus, au contraire, il provoque une diurèse marquée et est éliminé rapidement dans les urines. Le sucrose étant presque complètement éliminé, on peut en répéter les injections en cas de nécessité sans craindre d'effet cumulatif.

Pour l'utilisation clinique des solutions hypertoniques de sucrose pour diminuer l'hypertension intra-cranienne, chez les malades atteints de traumatisme cérébral, de méningite ou avant l'opération dans les tumeurs du cerveau, il faut reconnaître que les troubles de la circulation cérébrale et de la perméabilité des tissus chez ces malades peuvent modifier les effets osmotiques et dynamiques ci-dessus, observés chez des individus normaux. Cependant, l'absence apparente de toxicité des solutions, leur préparation facile et leurs effets décompressifs et diurétiques évidents semblent autoriser des essais cliniques.

Robert Clément.

DIAGNOSTICA E TECNICA DI LABORATORIO

(Naples)

R. Demanche. ***Les principes directeurs de la réaction de Bordet-Wassermann*** (*Diagnostica e tecnica di Laboratorio*, t. **13**, n° 4, Avril 1935). — D. expose les idées directrices qui l'ont guidé dans l'élaboration de la nouvelle technique du Bordet-Wassermann qu'il a exposée dans *La Presse Médicale*, 10 Janvier 1934. Elles concernent : 1° la dose de sérum suspect à employer; 2° l'action neutralisante du complément sur la réagine syphilitique; 3° la dose optima d'antigène à utiliser. Le sérum humain exerce sur les globules une action propre, hémolytique ou anti-hémolytique, parfois agglutinante, qui est susceptible de troubler la réaction et de la dérégler; il y a donc avantage à réduire le plus possible la dose par rapport au volume de sang de mouton et cette rétention n'atténue nullement la sensibilité de la réaction, à condition que celle-ci soit réglée en conséquence. Il faut notamment que le rapport

$$\frac{\text{complément}}{\text{sérum suspect}}$$

ne soit pas trop élevé, car on sait, et D. le met en évidence par des courbes, que le sérum de cobaye a une action neutralisante sur la réagine syphilitique; il importe donc d'employer la plus petite dose possible de complément, en la compensant par une hémolysine très active. On arrive ainsi à établir une proportion optima entre le sérum suspect, le sang de mouton et le complément. D. fixe les volumes respectifs à 0 cmc 05 pour le sérum suspect; 0 cmc 6 pour une émulsion de globules de mouton à 5 pour 100 et 0 cmc 3 pour une dilution de sérum de cobaye à 5 pour 100.

Quant à l'antigène, il doit être proportionné à la quantité de réagine contenue dans le sérum syphilitique, car un excès de ce réactif empêche, par suite d'un phénomène de zone, la fixation du complément de se produire en présence d'un sérum faiblement positif. Si on réduit la dose de sérum suspect, il faut réduire aussi celle d'antigène; D. la fixe à 0 cmc 3 d'une dilution à 1/200 pour 0 cmc 05 de sérum suspect. Il résulte de là une nouvelle loi de proportionnalité qui complète celles précédemment indiquées. La constatation et l'observation de ces principes constituent la véritable standardisation du Wassermann.

GRUZLICA

(Varsovie)

J. Zeyland et Mme **E. Piasecka-Zeyland.** ***Substratum anatomique de l'allergie dans la tuberculose expérimentale*** (*Gruzlica*, t. **10**, n° 1, 1935, p. 1-20). — Z. et Mme P.-Z. apportent les résultats des recherches expérimentales entreprises dans le but de fixer la part qui revient au terrain anatomique dans l'allergie tuberculeuse.

L'étude porte sur 40 cobayes et 14 lapins, chez lesquels l'état d'allergie était préparé par la vaccination au BCG.

Les résultats prouvent :

1° Que le rôle du substratum anatomique des états d'allergie dans les infections tuberculeuses graves est quantitatif et non qualitatif.

2° Que la différence quantitative consiste dans un développement moins intensif des lésions du complexe initial et des foyers de dissémination chez les animaux allergiques.

3° Les résultats des expériences prouvent en plus que les bacilles BCG possèdent réellement une action immunisante.

Fribourg-Blanc.

H. Reiterowski et Mme **A. Margolis.** ***Pneumothorax thérapeutique bilatéral*** (*Gruzlica*, t. **10**, n° 1, 1935, p. 21-31). — R. et Mme M. rapportent les résultats qu'ils ont obtenus par la collapsothérapie bilatérale chez 12 adultes et 13 enfants atteints de tuberculose.

Chez les adultes, les résultats ne furent pas satisfaisants. L'amélioration n'a été constatée que dans 25 pour 100 des cas, tandis que le nombre des décès atteignait 40 pour 100, bien que les complications furent rares.

Chez les enfants, les résultats ont été plus encourageants étant donné qu'il s'agissait de tuberculose ouverte. 4 enfants ont été améliorés. On note une guérison. Chez 2 enfants, l'état est resté stationnaire; chez 2 autres, il y a eu agravation et 4 sont morts.

Il est souhaitable de pratiquer le pneumothorax bilatéral dans une période précoce de la maladie et de l'associer à d'autres méthodes thérapeutiques.

Fribourg-Blanc.

J. Stopczyk. ***Complications graves au cours du traitement par les sels d'or*** (*Gruzlica*, t. **10**, n° 1, 1935, p. 32-58). — S. rapporte 4 observations de complications graves au cours du traitement par les sels d'or.

Dans deux cas les manifestations cutanées et oculaires se sont terminées par la mort. Un cas de manifestations cutanées également et un cas de néphrite glomérulaire avec azotémie ont été suivis de guérison. S. souligne l'apparition brusque des accidents, leur allure grave et la disproportion entre la gravité des complications et les doses minimes de sels d'or. La pathogénie admise de l'intolérance des tissus par rapport aux sels d'or paraît insuffisante.

En raison de l'extrême gravité, les accidents précurseurs tels que l'éosinophilie, le signe du lacet, la leucopénie, la lymphocytose ont une importance de premier ordre pour décider de l'interruption du traitement aurique à temps.

Fribourg-Blanc.

K. Chodkowski. ***Tératome de la cage thoracique*** (*Gruzlica*, t. **10**, n° 1, 1935, p. 59-73). — C. rapporte l'observation clinique et la description des lésions anatomo-pathologiques illustrées de nombreuses figures d'un cas de tératome du médiastin développé probablement aux dépens du thymus.

La tumeur contenait des dents, un segment de mâchoire, un cartilage et des téguments recouverts de cheveux. Microscopiquement on a découvert dans la tumeur, à côté de divers tissus adultes, du tissu nerveux embryonnaire à structure médullo-neuro-épithéliomateuse présentant tous les signes de malignité morphologique avec métastases dans les ganglions lymphatiques du médiastin, des poumons et du diaphragme. C'est un cas unique d'embryome tératoïde où la prolifération néoplasique a pris naissance sur le tissu nerveux et a donné des métastases dans les organes du porteur.

Fribourg-Blanc.

HELVETICA MEDICA ACTA

(Bâle)

W. Hadorn. ***Leucémie aiguë*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **2**, n° 3, Août 1935, p. 328-345). — H. donne 3 observations de leucémie aiguë qui ont présenté des caractères atypiques au point de vue cytologique et histologique. Dans ces 3 cas, il a été rencontré des cellules rondes atypiques ayant le caractère de paramyéloblaste.

Dans un cas, il s'agissait d'une poussée aiguë de myélose chronique, qui avait pu être étudiée avant la poussée et qui présentait également le hiatus leucaemicus de Naegeli, c'est-à-dire l'apparition simultanée de cellules immatures (myéloblastes ou paraformes) et de cellules tout à fait mûres (neutrophilie normale). Dans ce cas, il y avait tuméfaction du thymus comme dans la leucémie lymphatique.

Dans un autre cas, il y avait leucémie mixte avec paralymphoblastes (56,4 pour 100) et paramyéloblastes (42,8 pour 100). Dans un 3e cas, il y avait leucémie myéloïde à grosses cellules du type des myéloblastes monocytoïdes. Le diagnostic fut fait à l'autopsie.

Ces observations amènent H. à se demander si, dans les leucémies aiguës, on peut distinguer les formes myéloïdes des formes lymphatiques. Il est remarqué à ce propos que si les grands myéloblastes typiques observés en cas de myélose chronique peuvent être facilement distingués, par contre quand il s'agit de formes aiguës, ces cellules présentent des particularités et des atypies qui les ont fait ranger par Naegeli dans les paramyéloblastes qui, pour lui, n'appartiendraient pas au groupe des cellules mésenchymateuses indifférenciées, mais au contraire, aux cellules dédifférenciées. Quoi qu'il en soit, dans le cas 1, il était impossible de savoir, pour la plupart de ces cellules, s'il s'agissait de paramyéloblastes ou de paralymphoblastes. La réaction de l'oxydase n'est d'ailleurs pas utilisable. Par ailleurs, il y a lieu de remarquer que dans le premier cas, il y avait myéloblastose aiguë avec disposition histodiagnostique des cellules comme il ne s'en observe que dans les formes lymphatiques.

Ces faits montrent donc dans les paramyéloblastes des cellules à valences à la fois myéloïde et lymphoïde. En somme, dans les leucémies myéloïdes aiguës, on trouverait des cellules rondes qui sont très voisines des cellules mésenchymateuses et qui possèdent des analogies à la fois avec les lymphocytes et avec les myéloblastes, c'est-à-dire avec un tissu peu différencié quoique pathologique. Dans ces conditions, la leucémie aiguë affecte un tissu indifférencié qui produit des cellules polyvalentes et il n'y a pas lieu, dans ces états aigus, de séparer très nettement entre les formes myéloïdes et lymphoïdes.

P.-E. Morhardt.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA

(Stockholm)

Jacobsen et **Pardo-Castello.** ***Ulcère simple chronique de la vulve*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **16**, fasc. 2, Juillet 1935, p. 133-145). — J. et P.-C. ont observé chez 4 prostituées un ulcère chronique de la vulve; cette lésion indolente, sou-

vent ignorée de la malade, ne s'accompagnait pas d'œdème vulvaire ni de rétrécissement rectal, bien que dans un cas il y ait eu communication avec le rectum. L'ulcération siégeait toujours sur la fourchette ou la partie voisine du vagin, empiétant sur la paroi postérieure du vagin.

J. et P. considèrent cette lésion d'origine inconnue comme une entité morbide, et partagent sur ce point l'opinion de Ristić, de Cl. Simon.

Les traumatismes répétés, la prostitution, l'infection secondaire constituent des facteurs prédisposants.

Aucun microbe ne put être décelé, mais le gonocoque paraît être le *primum movens* dans le développement des lésions.

Celles-ci doivent être nettement différenciées des ulcérations syphilitiques, chancrelleuses, gonococciques, du cancer, du granulome vénérien, des gommes syphilitiques, de la lymphogranulomatose inguinale, de la tuberculose ulcéreuse.

Bien que plusieurs cas aient été observés chez des syphilitiques dont la séro-réaction était positive, le traitement syphilitique demeura sans effet, les réactions de Frei et d'Ito (dmelcos) ont toujours été négatives. La recherche du *Calimatobacterium granulomatis* de Donovan et l'auto-inoculation ont également été négatives.

Tous les traitements ont échoué : traitement syphilitique, fouadine, dmelcos, vaccins autogènes, traitements locaux antiseptiques.

R. Burnier.

Hubschmann. ***Quelques remarques sur le traitement actuel de la syphilis par le bismuth*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **16**, fasc. 2, Juillet 1935, p. 178-204). — La recherche du Bi dans l'urine et la radiographie des points injectés montrent nettement que le traitement bismuthique ne constitue pas une thérapeutique intermittente, mais un traitement chronique continu.

H. a surtout employé un hydroxyde de bismuth en suspension contenant 8 centigr. de Bi métal dans 1 cmc. Des traces de Bi apparaissent dans l'urine dès le lendemain de l'injection et l'acmé est observé le 4e jour.

On note également une augmentation du nombre des tréponèmes le 2e jour après l'injection et une poussée de fièvre, tandis que les tréponèmes deviennent très rares les 3e et 4e jours et disparaissent ensuite.

Au cours d'une série d'injections bismuthiques, on peut encore déceler le Bi dans l'urine, 150 à 200 jours après la dernière injection.

De même la radiographie des fesses peut déceler une ombre bismuthique plus de 200 jours après la dernière injection.

L'hyposulfite de soude accélère l'élimination du Bi; l'urine qui ne contenait que des traces de Bi en renferme de plus grandes quantités après l'hyposulfite; de même, l'ombre radiographique de foyers bismuthiques encapsulés voit ses contours s'estomper et disparaître après l'hyposulfite.

R. Burnier.

Parkes Weber et Rast. ***Télangiectasie maculeuse éruptive persistante*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **16**, fasc. 2, Juillet 1935, p. 216-224). — 10 cas ont été publiés dans la littérature de ces taches rouges persistantes de 2 à 6 millim. de diamètre, décrites en 1930 par P. Weber et Helleschmied sous le nom de *telangiectasia macularis eruptiva perstans* et qui s'apparentent aux « télangiectasies essentielles en plaques acquises » de Brocq.

Un 11e cas a été observé chez une femme de 46 ans; l'éruption qui apparut sur les 2 jambes à 38 ans consistait en de petites macules rouges ou pourpres, de 3 à 5 millim. de diamètre, disséminées sur le tronc et les jambes; la tête est respectée, la rougeur disparaît à la pression, ne laissant qu'une tache brunâtre. Le dermographisme est modéré; pas de prurit.

La formule leucocytaire est : éosinophiles 70 pour 100, polynucléaires 66 pour 100, lymphocytes 20 pour 100, monocytes 7 pour 100.

Histologiquement, on note une légère hyperkératose et hypertrophie de la granuleuse, une légère infiltration périvasculaire de petites cellules rondes et de nombreux fibroblastes jeunes; pas de mastocytes nets.

Weber pense cependant qu'il s'agit là d'une variété télangiectasique et peu pigmentée de l'urticaire pigmentaire de l'adulte.

R. Burnier.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. Segerdahl (Upsala). ***La ponction sternale*** (*Acta medica Scandinavica*. Suppl. **64**, 1935, 163 p.). — S. a cherché avant tout dans ce mémoire à préciser la portée clinique de l'exploration *intra vitam* de la moelle osseuse pratiquée au moyen de la ponction simple, sans trépanation, au niveau du sternum. Il a tenté aussi, en fixant les limites de la variabilité normale, à créer des bases jusqu'ici inexistantes permettant de juger des cas pathologiques.

Dans ce but, S. a fait 110 ponctions selon la technique d'Arinkin chez des sujets normaux, répartis en 3 catégories: hommes, femmes, vieillards, et il a recherché les causes d'erreur possibles au moyen de numérations faites en double et traitées par la méthode statistique.

La teneur du liquide ponctionné en hémoglobine et en hématies est la même ou moins élevée que celle du sang. Le liquide se compose de sang mêlé à des éléments spécifiques plus ou moins nombreux de la moelle osseuse. Le nombre des cellules diminue quand la quantité de liquide ponctionné s'accroît; aussi est-il judicieux de travailler avec un volume restreint et aussi constant que possible; S. a choisi 0 cmc 2. Même en procédant ainsi, le chiffre absolu des cellules présente de fortes variations. Chez le même sujet on note également de grandes différences lors des diverses ponctions. Ces variations, qui tiennent à la quantité variable de sang mélangé, ne semblent pas pouvoir être évitées avec la méthode simple de ponction sans trépanation. Aussi un résultat positif (chiffre de cellules élevé, cellules pathologiques, etc.) présente-t-il bien plus de valeur qu'un résultat négatif. En particulier, la pauvreté en cellules d'une ponction ne permet pas de conclure à une atrophie de la moelle osseuse.

S. décrit la morphologie cellulaire normale du liquide de ponction et précise les caractères distinctifs des diverses cellules. La ponction sternale permet d'éclairer certains problèmes hématologiques. S. soutient en particulier que les myéloblastes les plus jeunes sont les cellules-souches communes des éléments de la série rouge et des éléments blancs granuleux.

S. insiste sur l'incertitude des chiffres des numérations différentielles qui provient surtout de la composition hétérogène du liquide de ponction chez le même individu. La ponction sternale n'a que la valeur d'une biopsie faite au sein d'un organe de volume considérable, supérieur à celui du foie. S. préfère la méthode d'étalement au moyen d'une lame pour l'exécution des frottis. On ne constate pas de différence importante entre les hommes et les femmes; chez les vieillards, le nombre des cellules spécifiques diminue. S. met en parallèle ses constatations avec celles de divers auteurs qui ont travaillé avec cette méthode ou avec d'autres procédés. La méthode de trépanation de Seyfarth convient mieux pour établir l'existence d'une atrophie médullaire.

S. a également étudié par ce moyen d'exploration deux groupes d'affections sanguines: l'anémie essentielle hypochrome et l'anémie pernicieuse. Dans la première il a constaté, comme divers auteurs, l'existence d'une moelle hyperplasique avec un type normal de régénération et un pourcentage élevé d'érythrocytes aux premiers stades; les jeunes érythrocytes basophiles non mûrs sont particulièrement abondants dans les cas graves. S. a également trouvé dans l'anémie pernicieuse une hyperplasie avec type de régénération mégaloblastique, disparaissant pendant la rémission. Ce type d'hématopoïèse se modifie déjà complètement au bout de vingt-quatre heures quand on injecte de l'extrait hépatique. La division amitotique des noyaux semble jouer un plus grand rôle que la division par mitose dans la multiplication des normoblastes. La ponction sternale permet de diagnostiquer très facilement l'anémie pernicieuse dans les cas atypiques. Pendant la rémission sa valeur est restreinte.

S. étudie ensuite la valeur de la ponction sternale dans les angines graves avec neutropénie, et en particulier dans les états de leucémie subaiguë aleucémique évoluant avec ce tableau. Il relate enfin 2 cas de myélose aleucémique avec stade anémique et leucopénique préliminaire prolongé et discute la valeur de la ponction sternale dans le diagnostic différentiel entre les myéloses aleucémiques à évolution chronique et la myélophtisie vraie.

En définitive, méthode d'exécution facile, la ponction sternale demande une très grande habitude pour l'interprétation des préparations. Elle nécessite une connaissance approfondie de la morphologie normale et de la grande variabilité normale des pourcentages trouvés. Bien conduite, cette exploration donne des résultats précieux.

P.-L. Marie.

R. Gärdstam (Stockholm). ***L'excrétion de l'acide urique lors de l'ingestion de créatinine*** (*Acta medica Scandinavica*. Suppl. **67**, 1935, 296 p.). — G. s'est demandé s'il existe chez l'homme un rapport constant entre l'excrétion de l'acide urique et le taux de l'élimination de la créatinine (volume de sang débarrassé de créatinine en une minute avec une diurèse de 1 cmc par minute) déterminé simultanément et sous quelle forme s'exprime cette relation éventuelle à l'état normal et pathologique. On sait que la créatinine est une substance dont l'excrétion semble, à l'inverse de celle de beaucoup d'autres, ne dépendre que fort peu des variations de volume de la diurèse.

A cet effet, il a déterminé le rapport en pourcentage existant entre l'indice de concentration de la créatinine et celui de l'acide urique (pourcentage d'excrétion) ainsi que le rapport existant entre la quantité d'acide urique excrétée par minute et le taux de l'élimination de la créatinine (indice d'excrétion).

Chez les sujets normaux le pourcentage d'excrétion fut trouvé de $8,5 \pm 0,5$ pour 100 et l'indice d'excrétion de $0,31 \pm 0,01$ milligr. pour 100 cmc d'élimination. Le chiffre normal le plus élevé fut de 15.

Ces deux valeurs se tiennent dans les limites normales dans l'albuminurie d'origine toxique, dans l'albuminurie orthostatique, lors du rétablissement consécutif aux néphrites aiguës, dans l'hypertension essentielle et dans la goutte. Elles sont parfois normales aussi dans l'albuminurie des cardiaques décompensés.

Par contre, on observe des chiffres supérieurs à la normale dans la néphrite aiguë et chronique, dans la pyélonéphrite et dans l'artériolosclérose avancée du rein.

Pour G. les chiffres du rapport mesurent l'intensité du travail de l'épithélium des tubuli.

P.-L. Marie.